

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS:
concepções teóricas que fundamentam sua
prática nos serviços da rede básica de saúde**

**Por
MARTA VERDI**

**Florianópolis
1993**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS:
concepções teóricas que fundamentam sua
prática nos serviços da rede básica de saúde**

Por

MARTA VERDI

**Florianópolis
1993**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS:
concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da
rede básica de saúde

POR

MARTA VERDI

FLORIANÓPOLIS

1993

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM

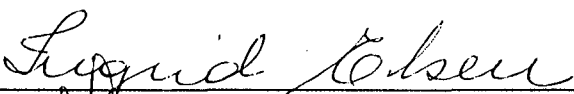
COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS:
concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da
rede básica de saúde

Dissertação apresentada à banca examinadora por Marta Inez Machado Verdi, sob a orientação da Prof. Dr. Mercedes Trentini, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

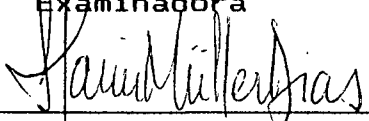
Aprovada em 05 de março de 1993, pelos membros da banca:



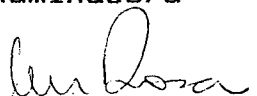
Dr. Mercedes Trentini
Presidente



Dr. Ingrid Elsen
Examinadora



Dr. Lygia Paim Muller Dias
Examinadora



Dr. Maria Teresa Leopardi
Examinadora Suplente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS:
concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da
rede básica de saúde

POR

MARTA VERDI

ORIENTADORA:

Dr. MERCEDES TRENTINI

FLORIANÓPOLIS

MARÇO DE 1993

ORIENTADORA: Dr. MERCEDES TRENTINI

A vida é mesmo contradição
Relativizar o absoluto.
Absolutizar o relativo.
Emoção versus Razão.
Não há verdades.
Há versões.
Se esta vida tem alguma essência,
temos que aprendê-la vivendo a Ciência
e a Arte da Resistência.

CASCAES

Ao JULIO,
companheiro e luz
de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um trabalho deste porte e natureza implica numa caminhada, em cujo trajeto encontramos pessoas que dele participaram infundindo energia, valor e respeito, carinho e amizade. A todas as pessoas que compartilharam desse momento privilegiado de minha vida, sou grata. Em especial:

A minha família, em particular, à minha mãe, pela paciência, carinho e disponibilidade com que acompanhou estes momentos de minha vida, meu reconhecimento especial.

A Mercedes, minha incansável e lúcida orientadora, que com sua sabedoria, sensibilidade e estímulo tornou mais rica esta caminhada.

Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de aprender e crescer com vocês. Em especial, agradeço: A Ingrid, pelo incentivo e palavra amiga sempre presentes, obrigada pela colaboração; A Lygia, pela amizade e sensibilidade que aprendi a admirar; A Tetê, pela competência e energia com que se dedica a qualquer empreendimento, mostrando que ainda há esperança; A Eliana Faria, por, além de contribuir nessa caminhada, compartilhar momentos alegres e descontraídos.

As colegas e amigas da turma das 9, pela curta, mas intensa e gostosa convivência que, com certeza, marcará para sempre nos-

sas vidas. À Dendem, pela tenacidade com que vive a mulher, a mãe e a profissional. A Evely, pela garra de "chegar lá". A Heloisa, pelo companheirismo e solidariedade. A Leni, admiro sua criatividade no "pintar" e "bordar" a vida. A Teda, com você aprendi a compartilhar o chimarrão e a respeitar os "cabelos brancos". A Lisa, companheira carinhosa e crítica, nunca deixe de sonhar. A Cláudia e à Flávia, por serem essa "dupla dinâmica", mais do que colegas, amigas, que compartilharam idéias, estudos, e tudo mais que "aprontamos" juntas, além das alegrias, festas e mergulhos.

Aos amigos que também contribuíram significativamente com este trabalho: Rosane, pelas geniais idéias e Amaury, pelas reflexões e discussões nas tardes de domingo.

Aos colegas e amigos do Departamento de Enfermagem: Denise Pires, Zuca, Marisa, Cleusa, Kenya, e tantos outros que me incentivaram desde o começo.

Aos colegas da ABEn-SC, pelo aprendizado da crítica, da participação, do compromisso com a profissão. Em especial, à Vera, companheira e amiga iluminada.

A todos os amigos e pessoas de minha família, que me incentivaram e souberam entender minhas ausências: Rosane, César, Cláudia e André, Ricardo e Angela, e todos aqueles que não têm seus nomes aqui registrados, mas que muito significam para mim.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem: Rosa, Márcia, Ione, Andréia e Maurício, pela atenção e sempre valiosas orientações.

As instituições que tornaram possível este trabalho:

- A CAPES, pelo apoio financeiro.

- A Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), em particular, a Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, que viabilizou minha participação neste curso de Mestrado.

Aos colegas da PMF, particularmente aos trabalhadores da enfermagem que têm lutado diariamente por uma assistência melhor. Em especial, agradeço à Olga, pela sua constante compreensão e espírito de luta.

Finalmente, gostaria de agradecer aos enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, que com sua colaboração, incentivo, e participação tornaram possível este trabalho. Obrigada por me fazerem acreditar que ainda há esperança e que a transformação é sempre possível, só depende de nós.

RESUMO

Neste trabalho, busco conhecer as concepções teórico-filosóficas que permeiam pensamento e prática da enfermagem, estabelecendo a sua aproximação com as linhas de pensamento contemporâneas. Para tanto, desenvolvi um estudo de caráter descritivo-exploratório junto a um dos agentes de tal prática, as enfermeiras, justificando-se esta escolha pelo fato histórico destes agentes terem uma aproximação maior com o saber e, presumivelmente, expressarem com maior facilidade o tema proposto. Participaram do estudo 15 (quinze) enfermeiras que atuam nos serviços da rede básica de saúde do município de Florianópolis, cuja seleção se deu através de critérios previamente estabelecidos. Como fonte de informações utilizei entrevistas semi-estruturadas, onde procurava desenvolver um diálogo que contemplasse algumas questões norteadoras como os conceitos de homem, sociedade, saúde e doença e enfermagem. O método de análise empregado baseou-se na proposta etnográfica de SPRADLEY (1980), sendo que cabe ressaltar que não se trata de um estudo etnográfico, mas esta técnica foi tomada apenas como um guia na análise dos dados. Assim, a análise caminhou pelas quatro fases distintas e crescentes previstas pelo autor: de domínios, taxonômica, componencial e temática. Ao atingir a análise temática, foi possível levantar pelo menos três diferentes TEMAS que expressam três diferentes concepções da realidade emergentes dos discursos das enfermeiras. No TEMA I, encontram-se sistematizadas as idéias de um grupo de enfermeiras, cuja in-

fluência do pensamento funcionalista é notória. As marcas desta influência são percebidas na crença da busca da estabilidade da sociedade por meio da adaptação dos homens às "normas" ou leis gerais instituídas socialmente. Já, no TEMA II encontro, no pensamento de outro grupo de enfermeiras, subsídios que indicam a presença de concepções oriundas de variantes da sociologia compreensiva e do próprio holismo. É uma outra forma de compreender o mundo, cuja essência humana se estabelece na busca da integralidade, onde saúde e doença se revelam através da harmonia de si mesmo e com os outros. Finalmente, no TEMA III levanto indícios que aproximam, mesmo que parcial e tenuamente, as concepções de um pequeno grupo de enfermeiras ao pensamento marxista. As influências do materialismo histórico e dialético se mostram presentes em vários conceitos que permeiam seu pensar, que pode ser assim sintetizado: "As relações sociais e sua historicidade determinam todo processo de viver dos homens, sendo o processo saúde/doença a expressão destas relações num dado momento histórico. A enfermagem, através de seu trabalho, se insere nestas relações visando a melhoria das condições de vida de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, por meio da reflexão/ação técnica e política, na busca da liberdade e conquista da cidadania".

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study developed along with nurses with the purpose of identifying philosophical and theoretical concept permeating nursing thinking and practice. It also analyses their approach to contemporary nursing ways of knowledge. The author chose to work with nurses, the actual actors of this practice, once they have historically pursued this knowledge and for this reason, they could more easily express their ideas about the subject. The sample was constituted by fifteen nurses working in health basic net services in Florianópolis. They were selected following previous established criteria. Data were collected through semi-structured interviews aiming to look for leading points, such as concepts of man, society, health and illness and nursing. Data analysis was guided by SPRADLEY'S (1980) ethnographic proposal and was composed by four phases: domain, taxonomic, componential and thematic analyse. It was possible to identify three themes which express nurses different approach to reality. The first theme depicts the idea of one subgroup of nurses influenced by functionalist thinking. This is noted by the belief that the search of society's stability is made through the adjustment of men to general norms or rules socially instituted. Another nursing group shows evidence of a different approach based on comprehensive sociology and holism. It is a new way of understanding the world where man's essence dwells on the search of his integrity and

health and illness reveal themselves through a harmonious relationship of a person with himself and with others. Finally, the third group indicates, although partially, an approach to marxism thinking. Influence of dialetic and historical materialism is noted in some concepts that permeate their speech which can be synthetized as: "Social relationship and its historicity determine the whole process of man's living and health/illness process is the expression of these relation at a given historical moment. Nursing, through its practice, inserts itself on this relations aiming the imprevement of individual, family, group and community's living conditions through political and technical reflexion/action process, searching for freedom and the conquest of citizenship".

SUMARIO

APRESENTANDO O ESTUDO	1
UMA REVISÃO DAS BASES TEÓRICAS DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM.	7
- Os fundamentos teórico-filosóficos da saúde	8
- A prática de enfermagem: constituição histórica de suas bases teóricas	30
O PROCESSO DE INSTRUMENTALIZAÇÃO DA PESQUISA	45
- O cenário da pesquisa	47
- Os participantes da pesquisa	50
- Obtendo as informações	53
- Registrando as informações	58
- Analisando as informações	59
- Considerando os aspectos éticos e de rigor da pesquisa sa	66
COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS	69
- Quem somos?	69
- A nossa concepção acerca do ser humano	74
- Como entendemos a sociedade	84
- Saúde e doença: a nossa representação	89
- Da crítica à uma nova concepção da postura da enfermeira meira	106
A SÍNTESE DO DISCURSO: UMA VISÃO DA REALIDADE	116
- TEMA I : Em toda relação, o homem busca uma forma de adaptação	117
- TEMA II : Em sua integridade, o homem desenvolve a si mesmo e a sociedade	126
- TEMA III: O homem como ser social: a busca da totalidade dade	136
REFLEXÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
ANEXOS	156

APRESENTANDO O ESTUDO

A reflexão acerca de uma prática profissional nos remete, necessariamente, à perspectiva de apreciá-la no seu contexto histórico-social, uma vez que qualquer trabalho humano não se desenvolve isoladamente, mas está intimamente imbricado na dinâmica social e, portanto, no próprio curso da história. Assim, a enfermagem, enquanto prática social, reflete não só as características e determinantes do viver dos homens num determinado momento histórico, como também características peculiares da profissão, além de acompanhar as mudanças que ocorrem na sociedade, de uma forma mais ampla, e no setor saúde, mais especificamente.

Na atualidade, as questões postas em nossa sociedade tendem a explicitar cada vez mais os conflitos vivenciados no cotidiano, evidenciando, assim, o momento de crise pelo qual passam não só os setores mais específicos da sociedade, mas fundamentalmente, "a profunda crise em que se encontra mergulhada a ciência moderna" (SANTOS, 1989, p.9). SANTOS (1989) acredita que vivemos uma época de transição entre o paradigma ou modelo da ciência moderna

e um novo paradigma, sendo que a crise que atravessamos designa como a crise da "degenerescência" do paradigma dominante. Ao criticar o paradigma científico, se reporta aos aspectos que determinam que este paradigma não responda mais aos questionamentos atuais, dentre os quais se destacam as questões ligadas à pressuposição de ser o conhecimento científico a única forma válida de conhecimento, cuja validade reside na objetividade que resulta na desarticulação teoria e prática, ciência e ética e na redução do "observável" em "quantificável". Além disso, sobressai, também, a questão da especialização e profissionalização do conhecimento o que acabou gerando uma nova relação entre saber e poder, entre outros.

Nestes últimos anos, no setor saúde tem-se observado uma nítida preocupação com as transformações que vêm ocorrendo na sociedade como forma de entender a inserção do saber e práticas de saúde nesta, sendo que diversos autores têm direcionado seu olhar para tal temática. Vários trabalhos apontam para o esgotamento do modelo biomédico, ainda norteador maior da prática médica ocidental. Em consequência disto e coadjuvado a outros fatores, tal modelo tem levado à falência as várias tentativas de implantação de um efetivo sistema de saúde em nosso país, uma vez que têm se pautado na assistência médica-curativa-individual e se distanciando cada vez mais das necessidades sociais da população, aproximando-se na mesma medida dos interesses hegemônicos do capital.

Lançar o olhar para a prática de enfermagem em saúde pública, pressupõe antes de tudo entendê-la inserida no contexto social, decompô-la numa análise crítica de seus elementos constitutivos, relacionando-os com seus determinantes estruturais, para a

partir daí, poder vislumbrar novos caminhos para a construção de uma nova prática mais crítica, criativa e comprometida com a realidade social.

Nesta perspectiva, a idéia deste trabalho teve origem nas experiências, críticas e busca de respostas para as questões que, nos últimos anos, têm emergido do cotidiano de minha prática profissional, enquanto enfermeira de um serviço de saúde pública. Tais preocupações tornaram-se objeto de reflexão e discussão ao longo do curso de Mestrado revelando-se mais expressivamente através da busca da compreensão dos diversos fenômenos que perpassam a prática de enfermagem como sua inserção social, as dimensões pelas quais se concretiza, os elementos constitutivos de seu processo de trabalho, entre outros.

A busca da compreensão acerca desta temática vem se insinuando desde o início do Curso de Mestrado, quando tive oportunidade de, junto com outras colegas, trilhar um caminho enriquecedor tanto no plano teórico como a nível da prática. Neste processo, ao mesmo tempo em que dirigíamos críticas à prática de enfermagem, nos preocupávamos em aprofundar conhecimentos que subsidiassem a construção de novos referenciais que, além de coerentes com a nossa visão de homem e de mundo, servissem de guia para a nossa prática assistencial.

Este interesse tomou forma no delineamento da idéia desta dissertação, onde busquei organizar as manifestações que vinham se esboçando desde o início do Mestrado e que apontavam como foco central do estudo a "prática de enfermagem", e mais especificamente, a prática de enfermagem em saúde pública, devido ao interesse de contribuir para a minha área de atuação profissional.

Aos poucos, fui percebendo que a relevância do tema não se estabelecia só na discussão das dimensões da prática de enfermagem ou na delimitação de seu processo de trabalho, nem se esgotaria com a construção de um modelo coerente e comprometido com a realidade social, mas, realmente principiava no desvelamento do "pensar" dos agentes de tal prática. E foi norteado por esta perspectiva que o objetivo do estudo direcionou-se para "conhecer as bases teóricas que norteiam a prática de enfermagem".

Como em todo estudo acadêmico foi necessário circunscrever o campo de abordagem, sendo que para isto fixei alguns limites à investigação que se por um lado restringiram um pouco seu desenvolvimento, por outro, possibilitaram aprofundar a discussão acerca do tema selecionado. Decidi-me, então, por pesquisar a prática de um dos agentes da enfermagem, a enfermeira, levando em consideração que, historicamente, este profissional vem tendo uma aproximação maior com o saber e, presumivelmente, explicitaria com maior facilidade as questões postas. Cabe salientar, que ao me referir a esta categoria, o faço no gênero feminino devido a este grupo profissional caracterizar-se quase que exclusivamente de mulheres. Assim, entendo que chamar a atenção para este fato histórico em nossa profissão contribuirá para provocar novas discussões e reflexões acerca da influência feminina no desenvolvimento da enfermagem.

A questão que focalizo como central neste estudo visa conhecer as bases teóricas que fundamentam a prática da enfermeira de um serviço de saúde pública, sendo que para isto, fez-se necessário:

- identificar as concepções que a enfermeira explicita acerca do ser humano, sociedade, saúde e doença e enfermagem;
- estabelecer as relações entre os conceitos explicitados.

Além dos objetivos, acima explicitados, alguns pressupostos nortearam esta pesquisa, os quais apresento a seguir como forma de caracterizar algumas de minhas crenças acerca do tema:

- O agir humano é norteado por concepções teórico-filosóficas, consciente ou inconscientemente, implícita ou explicitamente (LUCKESI, 1990);
- A prática das enfermeiras vem sendo direcionada pela concepção hegemônica na área da saúde, o modelo biomédico;
- As enfermeiras explicitam com facilidade suas atividades práticas, mas dificilmente conseguem clarificar a fundamentação teórico-filosófica que as norteiam;
- Grande parte das enfermeiras concebem sua prática atrelada a normas intra e extrainstitucionais, bem como à prática de outras categorias profissionais;
- A prática das enfermeiras revela a assunção de um papel de controladoras do processo de trabalho da enfermagem a serviço da classe dominante.

Tendo em vista os objetivos pretendidos, este trabalho apresenta-se em seis partes. Nos dois primeiros capítulos, quais sejam, "Apresentando o estudo" e "Uma revisão das bases teóricas da saúde e da enfermagem", situo o tema em estudo, resgatando as contribuições já existentes na literatura. No capítulo III, apresento a trilha metodológica utilizada nesta pesquisa, enquanto que no capítulo IV, apresento e discuto os dados levantados através do discurso das enfermeiras. Do capítulo V, constam as três

diferentes visões de mundo representadas nas falas das enfermeiras entrevistadas e a sua aproximação com as diferentes correntes de pensamento contemporâneas. Finalmente, nas duas últimas partes, coloco minhas reflexões finais e as referências bibliográficas utilizadas.

UMA REVISÃO DAS BASES TEÓRICAS DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM

Ao dirigir o "olhar" sobre a prática de enfermagem, na tentativa de melhor compreendê-la, acredito ser relevante revisar sua trajetória histórica, buscando rever como tem sido organizada a sua prática e se constituído o saber que a alicerça.

E sob esta ótica que passarei a apresentar, numa breve revisão da literatura, as principais correntes de pensamento que têm permeado o conhecimento e prática no campo da saúde e, consequentemente, da enfermagem. Para tanto, este capítulo contempla este tema desdobrado em dois subitens, a saber: os fundamentos teórico-filosóficos da saúde, onde apresento as principais concepções filosóficas que têm dominado o campo da saúde e, a prática de enfermagem: constituição histórica de suas bases teóricas, no qual aponto como o pensar e o fazer na enfermagem vêm se constituindo ao longo de sua história.

Cabe salientar que a intenção aqui não se dirige a um levantamento exaustivo e conclusivo sobre o tema, mesmo porque não se trata de um estudo de reconstituição histórica, mas busca trazer

para a discussão aspectos relevantes acerca das linhas de pensamento contemporâneas e sua influência sobre a constituição do saber e prática de enfermagem.

OS FUNDAMENTOS TEORICO-FILOSOFICOS DA SAUDE

O curso da história nos mostra que os homens têm sido movidos pela incessante busca do conhecer, desvendar e dar um sentido à própria existência. Este movimento de busca provocou sua aproximação do pensamento filosófico, gerando as primeiras tentativas de superação da consciência mítica através dos primeiros filósofos da humanidade na Grécia Antiga.

Pensamento, base ou concepção filosófica é entendida aqui como uma concepção de mundo que explica cientificamente a natureza e a sociedade, estabelecendo as leis de seu desenvolvimento e a maneira de conhecê-las, pois filosofia além de utopia, "é também um esclarecimento acerca da existência, tal como ela é" (AYDOS, 1991, p.XI). Uma concepção de mundo não pode ser compreendida de forma definitiva ou acabada, mas como uma construção teórica sempre em transformação, "pois só aspira a outro lugar aquele que não está satisfeito com o mundo como lhe é dado. Daí que filosofar é espantar-se, ou admirar-se..." (Ibid., p.XI).

E a partir dos filósofos gregos que começam a se esboçar as primeiras concepções filosóficas acerca do homem e do mundo, originando-se daí novas concepções que determinaram, por sua vez, o nascimento das principais correntes contemporâneas. No decorrer da história, diferentes formas de questionar a realidade, assim

como diferentes maneiras de interpretar o mundo foram emergindo e lançando-se no desafio de contrapor ou reinterpretar a elaboração teórica já existente. Apesar das diferentes correntes de pensamento coexistirem no mesmo espaço social e, muitas vezes, mesmo momento histórico, deve-se considerar que sempre houve e haverá o predomínio de umas em relação às outras, conferindo-lhes assim, o status de hegemônica na sociedade.

Uma vez que entendo a saúde como um dos setores da sociedade intimamente imbricado na dinâmica social e, portanto, participante da construção de sua trajetória histórica, tomo-a como referência neste trabalho a fim de discorrer sobre a constituição das correntes de pensamento em nossa sociedade. Isto posto, passo a apresentar as principais correntes teórico-filosóficas que vêm norteando a saúde, tendo como referencial as reflexões desenvolvidas por GARCIA (1983) e MINAYO (1992).

Para GARCIA (1983), são duas as correntes que têm dominado o pensamento filosófico contemporâneo, o idealismo, defensor da supremacia do espírito sobre a matéria, e o materialismo que defende a primazia da matéria ao espírito e tem como marco histórico o pensamento de Marx, sendo por este motivo dividida em pré-marxista e marxista.

O idealismo fundamenta-se, essencialmente, na questão da supremacia do espiritual sobre o material. Para os idealistas o mundo existe na consciência do homem, pois as bases tanto da natureza quanto da sociedade são determinadas pela idéia, pelo espírito universal (SPIRKIN e YAJOT, 1985).

O homem existe na medida em que conhece a si próprio, a sua essência espiritual, pois segundo VASQUEZ (1988), ele só adquire

o autoconhecimento através da consciência de seu espírito, uma vez que tanto objetos, quanto fatos e relações concretas possuem também uma natureza espiritual. Nesta visão supervalorativa da consciência do homem, o fazer passa a ser um aspecto dela derivado, ou seja, "a atividade prática aparece como uma determinação da idéia" (Ibid., p.81)

Embora os idealistas não refutem o caráter social do homem, o tratam de forma diversa dos materialistas. Para eles, este aspecto adquire a dimensão de condição para a realização do homem, já que uma subjetividade só se realiza em relação a outra subjetividade. Revela-se assim, uma concepção de homem na qual "a essência humana não pode manifestar-se no indivíduo isolado, pois o indivíduo só é propriamente indivíduo, indivíduo humano, em comunidade" (VASQUEZ, 1986, p.73).

Em relação a concepção idealista do homem e do mundo, o mesmo autor ainda destaca a questão da liberdade e autonomia evidenciando novamente a supremacia da consciência. Diz que esta visão reconhece a liberdade e autonomia "apenas como uma questão de consciência; não é imposta pela luta real, efetiva" (VASQUEZ, 1986, p.78), ou seja, não é considerada no plano material, mas apenas no plano espiritual.

Do pensamento idealista derivam duas correntes das ciências sociais, que por sua vez influenciam sobremaneira as concepções na saúde, o neopositivismo (Garcia) ou positivismo sociológico (Minayo) E o neokantismo. O NEOPOSITIVISMO, constitui a corrente filosófica que ainda atualmente mantém o domínio intelectual no seio das Ciências Sociais e também na sua relação com a Medicina e a Saúde. Ela surgiu a partir dos principais postulados do posi-

tivismo - filosofia surgida no século XIX, que se estendeu e se popularizou tornando-se o pensamento dominante na época -, embora numa tentativa de reiterar a sua posição empirista e ao mesmo tempo, de introduzir inovações como a questão da aplicação de métodos da lógica (TRIVINOS, 1987).

Augusto Comte, precursor do positivismo, defendia a idéia de que o surgimento da ciência representava o marco histórico do início da maturidade humana. A ciência adquire um papel fundamental nas acepções de Comte, pois foi concebida como a maneira correta de interpretar a realidade, de forma a superar as concepções míticas e a abordagem metafísica até então dominantes. A ciência para ele limitava-se à pesquisa sistemática dos fatos e das relações entre os mesmos, portanto as idéias, teorias ou doutrinas não científicas, como os mitos e os credos religiosos, entre outros, representavam apenas saberes ilusórios, excetuando-se aqueles aspectos que a própria ciência fosse capaz de interpretar e explicar (CUPANI, 1984).

As teses básicas do positivismo podem ser assim resumidas: - a realidade se constitui essencialmente naquilo que os sentidos podem perceber e comprovar; - as ciências sociais e as ciências naturais compartilham de um mesmo fundamento lógico e metodológico, elas se diferenciam apenas quanto ao objeto de estudo; - fato e valor distinguem-se fundamentalmente, sendo que a ciência se ocupa do primeiro, devendo livrar-se do segundo. Como hipótese central de tal corrente de pensamento é afirmado que a sociedade humana é regulada por leis naturais que atingem o funcionamento da vida social, econômica, política e cultural de seus membros (MINAYO, 1992).

Ao analisar as correntes idealistas, GARCIA (1983, p.104) diz que o positivismo converteu-se numa forma de "interpretar os fenômenos sociais negando a existência de leis gerais objetivas do desenvolvimento social e reduzindo a ciência da sociedade à descrição de acontecimentos determinados". Já, MINAYO (1992) considera que o positivismo Comteano e de seus sucessores tem uma conotação política conservadora, pois traz como distintivos o senso da realidade, a utilidade, a certeza, a aptidão orgânica e o bom senso prático. Assim, não se pode admirar que combinasse e fundamentasse todo conservadorismo político e legitimador de situações vigentes.

Como uma das variantes desta corrente de pensamento surge o FUNCIONALISMO, teoria com muita expressão e influência na área da medicina que incorpora além de alguns postulados do positivismo, também alguns conceitos do neokantismo. Esta concepção teórica tem imprimido grande influência nas idéias predominantes no setor saúde (GARCIA, 1983).

Dentre os funcionalistas, Talcott Parsons tem uma relevância fundamental, pois trata-se do cientista que aplicou a teoria funcionalista à explicação da medicina e das relações médico/paciente. Em sua obra percebe-se a forte influência da visão funcionalista quando conceitua saúde/doença:

"E um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como o sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social" (PARSONS apud MINAYO, 1992, p.47).

Fica claro, assim, que o autor vincula a dimensão biológica à social através de uma relação linear de equilíbrio/desequilíbrio. Para Parsons, a doença não passa de uma "conduta desviada" e o doente um personagem social que se reconhece na forma como a sociedade institucionaliza o desvio e assim o assimila e o integra. Portanto, nesta perspectiva mecanicista, o conceito de doença adquire o significado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo, centralizando-se no aspecto biológico, apesar de esboçar limitada tentativa de extrapolar tal visão quando admite as dimensões individual e social da doença.

Assim, pode-se depreender que "a prática médica orienta-se para superar as alterações da saúde do indivíduo, vale dizer, a doença" (PARSONS apud GARCIA, 1983, p.106). GARCIA (1983) coloca que ao se limitar a descrever simplesmente como se dá o funcionamento da medicina, desconhecendo as condições de sua produção e reprodução, este cientista reduz a concepção de doença à noção de "desvio" colocando-a no âmbito exclusivo do paciente e do médico. Desta forma, circunscreve ao indivíduo, seus potenciais e possibilidades de enfrentamento, a responsabilidade da doença, reafirmando uma negação dos conflitos existentes na sociedade, os interesses que perpassam a medicina como uma produção social e as determinações sociais da saúde e da doença.

Uma outra corrente de pensamento com raízes idealistas tem adquirido expressão na atualidade, principalmente nas ciências sociais e na saúde. Derivado de alguns postulados do racionalismo, o neokantismo surgiu na Alemanha no século XIX tendo como princípio a tese de Kant - "tanto a experiência como o pensamento são fontes do conhecimento" (GARCIA, 1983, p.99). Esta visão su-

perava, por certo, as posições extremas tanto do próprio racionalismo, que sustentava que o conhecimento tinha origem na razão, como do empirismo onde tudo se pautava a partir da experiência.

O neokantismo tem em Pedro Lain Entralgo seu maior difusor nos países ibero-americanos através de estudos na área médica. GARCIA (1983), referindo-se aos estudos de Entralgo, aponta como uma de suas maiores contribuições a distinção que fez de prática médica e patologia, considerando a primeira como arte de ajudar a cura de um homem doente e a segunda como o saber científico acerca da doença, o que significa dizer que "a medicina corresponde à instância da experiência e a idéia é dada pelo saber patológico" (Ibid., p.101). Baseado nesta concepção, o médico espanhol propõe três formas de compreender a doença através da semiologia, da etiologia e da nosologia, bem como três modos de orientar o tratamento, quais sejam, o subjetivo, o sociológico e o objetivo.

Minayo (1992), dentro da linha de pensamento que denomina sociologia compreensiva, considera que esta tem sua grande contribuição em duas correntes filosóficas atuais, a fenomenologia sociológica e a etnometologia. Entendidas como neokantianas, estas correntes de pensamento estão impregnadas por seu postulado central, qual seja, que os atos sociais envolvem uma propriedade que não está presente em outros setores do universo: a propriedade do significado.

A etnometodologia compreende um conjunto de reflexões sobre a etnometodologia propriamente dita, além do interacionismo simbólico, da história de vida e da história oral, cujo nascedouro foi a Universidade de Chicago nas décadas de 20 e 30. As idéias de seu precursor, Robert Park, se desenvolveram, na década de 30,

através dos estudos de Garfinkel que acabou estabelecendo o quadro conceitual e as bases metodológicas da etnometodologia (MINAYO, 1992).

Garfinkel defende sua teoria como uma forma de compreender a prática artesanal da vida cotidiana, a partir da visão de seus atores sociais. Assim, entende a sociedade como uma constituição de estruturas com regras e conhecimentos compartilhados e tácitos que tornam a interação social possível e aceita, fazendo parte desta constituição, a forma pela qual os homens chegam a um sentido da realidade objetiva: o senso comum (Ibid., 1992).

Já, o interacionismo simbólico, como uma das vertentes da etnometodologia, surgiu também na década de 20, sendo de maior expressão os estudos produzidos por seus principais expoentes como THOMAS (1927), HERBERT MEAD (1946) e COOLEY (1922), além de HERBERT BLUMMER (1937) que atribui o termo "interacionismo simbólico" à abordagem teórico-metodológica que estudava. A concepção interacionista das relações sociais se fundamenta no princípio de que o comportamento humano é autodirigido e observável em dois sentidos: o simbólico e o interacional. Assim,

"olhar a vida humana, acima de tudo é um vasto processo de interpretação, no qual o povo, individual e coletivamente guia a si mesmo para definir objetivos, acontecimentos e situações que encontram..." (BLUMMER apud MINAYO, 1992, p.54).

Na área da enfermagem, pode-se dizer que o interacionismo simbólico tem mostrado sua influência, principalmente, nos estudos desenvolvidos pelas teóricas americanas, que por sua vez,

têm influenciado estudos de enfermeiras brasileiras. Nesta linha, alguns trabalhos podem ser citados como o de ELSEN (1984), que procurou conhecer como as famílias de um determinado grupo social (moradores de uma vila pesqueira) estabelecem o significado de saúde e doença e as práticas que desenvolvem a partir daí; além do trabalho de NITSCHKE (1991), que através de uma experiência assistencial com famílias de recém-nascidos buscou promover o que denominou de interação positiva na família, a partir de um diagnóstico de enfermagem, onde caracterizou a interação em diferentes tipos. Assim, através desta experiência, introduz à prática de enfermagem conceitos como a linguagem simbólica e a interação familiar.

Em relação ao pensamento fenomenológico, os autores tomados como referência comentam que é uma filosofia neokantiana fundada na propriedade do significado, que só pode ser entendido subjetivamente, pois afasta a possibilidade de separar o observador do observado. Schutz, representante mais significativo desta corrente, consegue imprimir consistência aos princípios de Husserl (criador do pensamento fenomenológico) na medida que os torna mais que uma simples atitude, conferindo-lhes a estrutura de uma teoria e método de abordagem da realidade social (MINAYO, 1992).

O modelo fenomenológico se desenha a partir de alguns princípios: - a intersubjetividade (estamos sempre em relação subjetiva uns com os outros); - a compreensão (para atingir o mundo do vivido, a ciência tem que apreender as coisas sociais como significativas); - a racionalidade e a irracionalidade (o mundo social é constituído sempre por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras ou que conhecem meios, fins e resulta-

dos). Ainda segundo MINAYO (1992), o que Schutz inova, diz respeito a inserir nas proposições fenomenológicas

"o mundo da vida cotidiana, onde o homem se situa com suas angústias e preocupações em intersubjetividade com seus semelhantes (companheiros, predecessores, sucessores e contemporâneos). O espaço-tempo privilegiado nessa teoria é a vida presente e a relação face a face" (Ibid., 1992, p.56).

Para Schutz, a intersubjetividade é a categoria central na abordagem fenomenológica, uma vez que é entendida como um dado fundamental da existência humana no mundo. A unicidade e a generalidade do ser humano se constitui a partir dessa intersubjetividade, sendo no primeiro vivida em situação de "familiaridade" sobre a forma de nós, e no segundo em situação de anonimato que afasta o único e individual do outro (MINAYO, 1992).

Além de Schutz, outros autores também se destacam na literatura fenomenológica, dentre os quais é relevante citar Peter Berger e Thomas Luckmann. No livro "A construção social da realidade" (1985) estes autores tratam de analisar o conhecimento da vida cotidiana para uma teoria da sociedade como um processo dialético entre as realidades objetiva e subjetiva.

Para MINAYO (1992), uma das críticas que se pode dirigir aos pressupostos fenomenológicos diz respeito ao distanciamento dos fenômenos estruturais e uma ausência de discussão sobre as questões de poder, da dominação, da estratificação social. Sua abordagem provoca uma atomização da realidade como se cada fato ou grupo constituísse um mundo social independente.

No que se refere a relação da fenomenologia com a área da saúde e, mais especificamente, com a medicina, observa-se que nas décadas de 60 e 70 os fenomenólogos caminham junto com os marxistas propondo uma crítica radical das relações de produção e dos esquemas de dominação que acompanharam o crescimento econômico nos países capitalistas após a Segunda Guerra Mundial. Um movimento oposicionista na sociedade e um questionamento profundo da ciência como única verdade emerge a partir da constatação do acirramento das desigualdades sociais. Assim, tanto marxistas como fenomenólogos adotam posturas críticas entendidas como radicais, que a partir da metade da década de 70 pouco a pouco se distanciam devido à própria diversidade teórica, ideológica e de propostas transformadoras entre as duas correntes, sendo que a fenomenológica é interpretada por alguns autores a partir de então como "reacionária" (GARCIA, 1983).

A fenomenologia trata saúde e doença enfatizando a importância do significado que os indivíduos atribuem a este fenômeno, sendo a cura baseada em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados nos seus grupos de referência que em suma protegeriam os indivíduos das estruturas impessoais e anônimas. Desta forma, apontam para uma necessária reforma no sistema de saúde que leve em conta os valores culturais dos grupos, seus mediadores (os pequenos grupos) e seus ecossistemas.

Segundo GARCIA (1983), o paradigma holístico que vem se desenvolvendo com relativa expressão na área da saúde tem influência de algumas idéias fenomenológicas. Para o autor, o holismo nesta área tem como linhas norteadoras da concepção de saúde/doença: - a integralidade (a saúde deve ser pensada como um bem-estar inte-

gral: físico, mental, social e espiritual; - a responsabilidade individual (os indivíduos devem assumir sua responsabilidade inalienável frente às questões de sua saúde; - as práticas de saúde devem ajudar os indivíduos a desenvolver atitudes, disposições, hábitos e prática no sentido de promover seu bem-estar integral; - o sistema de saúde deve ser reorientado a fim de tratar as causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam as doenças; - as pessoas devem procurar se harmonizar com a natureza, utilizando práticas e meios naturais de tratamento.

Outros autores, entretanto, ressaltam que a visão holística não deriva de apenas uma linha de pensamento especificamente, mas incorpora aspectos de diferentes correntes, como se fosse uma verdadeira fusão de diferentes idéias formando uma nova mentalidade.

Para o físico americano Fritjof Capra, um dos autores que tem discutido este tema, inclusive incorporado à área da saúde, a concepção holística pode ser interpretada de duas formas. A primeira, segundo CAPRA (1982) trata o holismo numa acepção um tanto limitada considerando o organismo humano como um sistema vivo cujos componentes estão todos interligados e interdependentes. Já, numa visão mais ampla, o holismo reconhece que este sistema é parte integrante de sistemas maiores, o que subentende que o organismo individual está em interação contínua com seu meio ambiente físico e social, sendo constantemente afetado por ele, como também agindo sobre ele e modificando-o.

Assim, no terreno das práticas de saúde, a influência de tais abordagens se mostra nítida nos programas de terapias alternativas, de autocuidado de saúde, nas propostas de atenção primária

ria desenvolvidas por agentes não profissionais, entre outras. Tais propostas em determinado momento foram apropriadas pelo Estado, na maioria dos países da América Latina, ao mesmo tempo em que se reduziam, de forma relativa, os orçamentos estatais para a área social.

MINAYO (1992) acredita que as abordagens alternativas na área da saúde, propiciadas pela fenomenologia, se caracterizam hoje pela inegável contribuição enquanto fenômenos que questionam o paradigma dominante. Comenta que

"seu eclodir não se dá em vão, faz parte de um movimento geral teórico e prático de busca de saídas para a crise em que se mergulhou o mundo pragmático... Ela deixou de ser apenas uma linha de pensamento: transformou-se em movimentos sociais "alternativos" que estão aí, existem e se multiplicam. Mostram acima de tudo que nenhuma corrente de pensamento existe e se desenvolve independente das questões práticas que lhe coloca a realidade social" (p.64).

Das duas grandes linhas de pensamento escolhidas, por sua importância, para discorrer nesta revisão de literatura, quais sejam, o idealismo e o materialismo, até agora foram apresentadas as correntes que derivam das concepções idealistas, o positivismo, a fenomenologia e a etnometodologia. No que se refere à linha materialista, discorrerei sobre a corrente de maior destaque, o marxismo. Sem a intenção de apresentar detalhadamente tal corrente, buscarei apresentar seus conceitos fundamentais, assim como a sua repercussão na área da saúde.

O marxismo é a corrente de pensamento fundamentada nos conceitos de Marx e Engels, que tem como princípios fundamentais explicações do processo de desenvolvimento social o materialismo

histórico e o materialismo dialético. O materialismo histórico, enquanto caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, tem por objeto de estudo a própria sociedade e as leis gerais do seu desenvolvimento e fundamenta-se na tese da produção material como a base sobre a qual se estabelece o modo de viver dos homens. O materialismo é histórico porque atribui caráter histórico aos fenômenos sociais, considerando-os passíveis da ação transformadora dos indivíduos. Já, o materialismo dialético objetiva o estudo da relação entre o pensamento e o ser, além de procurar responder os questionamentos acerca do mundo e das leis universais, do seu movimento e do seu desenvolvimento (GARCIA, 1983).

Ao contrário da concepção idealista, para os materialistas o mundo existe objetivamente, ele é uma realidade objetiva, e portanto o pensamento, a consciência, a idéia, nada mais são do que reflexos dessa realidade material, produzidos no cérebro do homem. Tais reflexos não podem ser concebidos de forma estática, passiva, mas como reflexos ativos onde a realidade influencia a idéia, e esta, por sua vez, influencia a realidade, num verdadeiro movimento dialético (COTRIM, 1990).

Como conceitos fundamentais que podem resumir o materialismo dialético são apontados: o modo de produção e a formação social. O modo de produção é entendido como

"uma estrutura global formada por estruturas regionais, ou seja, uma estrutura econômica, uma estrutura jurídico-política, uma estrutura ideológica. ... na qual é sempre o nível econômico que determina as outras instâncias",

enquanto que a formação social "se constitui numa unidade complexa de articulação das várias instâncias da organização social que pode conter vários modos de produção, entre os quais um é dominante e determina os outros" (MINAYO, 1992, p.67).

A concepção materialista do homem se fundamenta em sua essência social e no seu caráter histórico. Através de sua essência social o homem afirma-se como sujeito estabelecendo uma relação ativa com o mundo, transformando a natureza, os outros homens e a si mesmo. "Cada homem transforma a si mesmo, se modifica, na medida que transforma e modifica todo o conjunto de relações do qual ele é o ponto central" (GRAMSCI, 1987, p.40). Quanto ao seu caráter histórico, FROMM (1983) refere que ao mesmo tempo em que o homem faz a história, ele é o próprio produto da história, ou seja, a história é a história da autorealização do homem, ela nada mais é que a autocriação do homem através de seu próprio trabalho e produção.

Neste processo histórico, o homem constituiu estruturas que viabilizam a produção e reprodução de sua vida a partir de suas relações com os outros homens. A sociedade é entendida, então como a totalidade das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, sendo a base dessa estrutura social constituída da totalidade das relações de produção e das forças produtivas, ou seja, sua estrutura econômica (FROMM, 1983).

GRAMSCI (1987) retomando tal conceito de estrutura social divide a sociedade em dois componentes básicos: uma infra-estrutura baseada na produção, isto é, na maneira como as pessoas se organizam para sobreviver; e uma superestrutura criada formal e informalmente, com elementos culturais e políticos que reforçam e

estabilizam a infra-estrutura.

Focalizando a questão de saúde/doença, a medicina e as instituições médicas, do ponto de vista marxista, devem ser colocados, ao mesmo tempo, em relação com a totalidade social e com cada uma das instâncias de sua manifestação. Assim, saúde e doença deixa de ser uma categoria a-histórica, adquirindo contornos de um processo fundamentado na base material de sua produção e com as características biológicas e culturais com que se manifestam. Além disso, tanto o individual como o coletivo são entendidos como fenômenos biológicos socialmente determinados (MINAYO, 1992).

Na área da saúde verifica-se que vários autores têm aderido ao enfoque materialista. GARCIA (1983) comenta que nos seus estudos tais autores expressam tendências diversas que ocorrem no interior da linha marxista, sendo que as que se destacam divergem por enfatizar elementos diferenciados da infra-estrutura, ou seja, enquanto uma destaca a questão do desenvolvimento das forças produtivas, a outra enfatiza as relações de produção. No primeiro grupo se destacam os trabalhos dos americanos Stern, Sigerist e Milton Therry, sendo que a crítica que se apresenta a estes estudos considera que refletem uma visão desenvolvimentista da tecnologia própria da medicina oficial. Já, no segundo grupo se destaca Polack, autor francês cuja obra ressalta o fato de que, no capitalismo, a questão de saúde/doença das diferentes classes sociais está marcada pela lógica do lucro, da produção e reprodução do sistema (GARCIA, 1983).

Na América Latina, é a partir da década de 70 que cresce a produção de estudos fundamentados no materialismo histórico e dialético que tratam de explicar o fenômeno saúde e doença. NUNES

(1985) diz que tais análises partem de uma crítica contundente aos equívocos positivistas que podem ser resumidos nos seguintes itens: - que o avanço científico e tecnológico da medicina não tem correspondido à melhoria de saúde do conjunto da população, - que a distribuição dos serviços apresenta-se em razão inversa às necessidades da maioria da população dos países latino-americanos, - que a prática e o saber médicos integram a dinâmica das formações sócio-econômicas e é no interior delas, que podem ser explicados como fenômenos históricos específicos, mas relacionados com o processo social global. Dentre os autores que se dirigem a este enfoque podem ser citados: AROUCA (1975), DONNANGELO (1976), LAURELL (1983), MENDES GONÇALVES (1979, 1988), POSSAS (1981, 1989), GARCIA (1983) e BREILH e GRANDA (1986).

A partir deste marco histórico, as reflexões sobre saúde passam a se dirigir também para as ciências políticas, assim como para outras áreas das ciências sociais como educação, nutrição, serviço social. Este fato ocorre devido a diferentes fatores: - a deterioração das condições de vida da população determinou o questionamento e exigência de respostas mais amplas que a definição apenas biológica da doença não consegue expressar; - a crescente consciência de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania; - além da certeza, por parte dos governos instituídos, de que saúde é um tema de grande interesse político (NUNES, 1985).

Procurando enfocar mais especificamente como se dão as práticas de saúde a depender do modelo que as rege, retomarei algumas considerações já apresentadas, mas agora na perspectiva dos modelos assistenciais presentes no pensamento e prática da saúde

na atualidade. Na área da saúde as concepções idealistas têm influenciado sobremaneira a organização do "saber" e do "fazer" saúde, que se traduzem através de dois modelos assistenciais, o médico e o epidemiológico, cujo caminhar tem se dado paralelamente desde seus primeiros esboços, registrando-se a predominância ora de um, ora de outro modelo.

O modelo médico ou clínico (Gonçalves), ou também denominado biomédico (Capra), traz no bojo de sua concepção a forte influência do paradigma cartesiano, uma visão mecanicista da vida. Este modelo desenvolveu-se, principalmente a partir do século XIX pautado no significado de doença como alteração morfofisiológica do corpo e, portanto, fenômeno individual. O corpo biológico individual passa a sediar a doença e seu desenvolvimento, sendo reconhecida como apenas uma característica dele, uma forma patológica de estar o corpo, em oposição à normal (GONÇALVES, 1988).

A divisão cartesiana tem influenciado sobremaneira a prática médica. Desta acepção deriva a visão dicotomizada de corpo e mente, base fundamental da assistência médica, sendo aos médicos destinada a cura do corpo e aos psiquiatras e psicólogos o tratamento da mente.

Soma-se a este aspecto dicotomizador, a crescente especialização da prática médica, surgida a partir da redução cada vez maior do foco de atenção e acelerada pela sofisticação da tecnologia a serviço do setor. Ao analisar tal característica do modelo biomédico, CAPRA (1982) critica a forma como vem se dando esse acelerado desdobramento da prática médica:

"A crescente dependência da assistência médica de uma tecnologia complexa acelerou a tendência para a especialização e reforçou a propensão dos médicos de tratar partes específicas do corpo, esquecendo-se de cuidar do paciente como um ser total" (p.41).

Analisando este mesmo aspecto pode-se dizer que na sua constituição, o trabalho médico se estabeleceu através da relação técnica médico-paciente, que necessitou de um espaço adequado para efetivar-se, sendo eleito e modificado para tal fim o ambiente hospitalar. E neste cenário que surge o primeiro desdobramento do trabalho médico, pois o hospital,

"instituição relativamente grande e complicada, levou ao aparecimento de toda uma coleção de trabalhos 'infra-estruturais' sem os quais não pode funcionar, e que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo" (GONÇALVES, 1988, p.26).

Assim, nessa divisão vertical do trabalho médico constituiu-se o trabalho do enfermeiro, sendo-lhe destinadas as funções relativamente "mais manuais" do processo terapêutico, além de outras funções complementares, permanecendo com o médico o diagnóstico e a prescrição, núcleo "mais intelectual" de todo processo, o que caracterizou a divisão técnica e social deste trabalho. Mais tarde, reproduzindo o mesmo modelo, também o trabalho da enfermeira dividiu-se ficando com esta as tarefas ditas "mais intelectuais", passando aos auxiliares as tarefas mais manuais (GONÇALVES, 1988). Cabe ressaltar que nessa divisão parcelar do trabalho está refletida a própria situação de classes na sociedade, e que tal situação além de provocar uma alienação dos trabalhadores pela não apropriação de todo processo de trabalho, traz para

o interior da enfermagem as relações de dominação e subordinação entre seus agentes.

Além disso, a partir do acelerado processo de sofisticação tecnológica e à luz do pensamento cartesiano, ocorreu também um desdobramento horizontal do processo de trabalho médico, reduzindo cada vez mais o foco da atenção médica. Nesta ótica, vão emergindo além de outros trabalhadores no setor saúde como o odontólogo, o fonoaudiólogo, o fisioterapeuta, entre outros, as especialidades médicas que persistem nesta crescente subdivisão (GONÇALVES, 1988).

Desenvolvida em bases capitalistas, a concepção do processo de trabalho médico, à luz deste modelo aponta como objeto de trabalho o corpo doente, sendo a finalidade deste trabalho caracterizada pela necessidade de recuperação da força de trabalho, ou seja, a reabilitação destes corpos doentes para o trabalho a serviço do capital. Tal finalidade se efetiva através da utilização de instrumentos de trabalho capazes de estabelecerem o diagnóstico e a terapêutica, ou seja, da teoria fisiopatológica e de todo arsenal terapêutico e cirúrgico. Ao se reportar a este aspecto GONÇALVES (1988) diz que o desenvolvimento tanto dos instrumentos diagnósticos como o aparato terapêutico e técnicas cirúrgicas foi fator importante na determinação da tônica deste modelo no nosso século. A força dessa dominação chega a tal ponto que se tornou usual pensar em trabalho médico, ao se pensar em trabalho em saúde.

Paralelamente ao modelo clínico ou médico, desenvolveu-se uma outra forma de organização do trabalho em saúde, denominado por GONÇALVES (1988) de modelo epidemiológico. O autor refere que

este modelo surgiu da experiência histórica com as grandes epidemias e do desenvolvimento da racionalidade científica, pois assim foi possível alcançar a teorização deste processo de trabalho definindo claramente seu objeto, produto e instrumentos. Este modelo toma, portanto como objeto de trabalho a doença enquanto fenômeno social e aponta como produto desejado, o seu controle, utilizando-se para isto de instrumentos como o saneamento ambiental e técnicas educativas sob o enfoque preventivo, as quais o autor chama de educação em saúde.

Tal modelo emergiu, então, com a concepção de doença como fenômeno social, embora tenha incorporado em seu seio uma complexa contradição no que se refere a determinação da doença. GONÇALVES (1990) coloca que ao mesmo tempo em que este fenômeno coletivo pode ser tomado como "natural" à espécie humana (submetida a diferenças ambientais externas causais), pode ser concebido como essencialmente social (estrutura social como causadora da doença).

No cotidiano o modelo clínico e o modelo epidemiológico têm convivido lado a lado no setor saúde. Embora ao longo do nosso século tenha se ratificado a predominância quase que absoluta do modelo clínico, para GONÇALVES (1988) o modelo epidemiológico não desapareceu, permanecendo sempre desempenhando funções vitais como o controle das doenças infecciosas através do saneamento básico, da vigilância epidemiológica e das imunizações, entre outras atividades relevantes. E é na emergência da "crise" do modelo clínico, o qual não vem respondendo às necessidades de saúde da população, que se originou a aproximação dos dois modelos, contudo com a tônica no enfoque clínico.

O resultado desta aproximação provoca o deslocamento do objeto de trabalho do corpo individual para o coletivo, tornando as práticas de saúde mais vulneráveis à crítica e pressão sociais. Este fato imprime às políticas de saúde um caráter essencialmente político, ou seja, antes de uma opção técnica a decisão neste setor passa pela opção política.

Para GARCIA (1983), no momento, o que se dá no cenário da saúde é uma luta acirrada dessas diversas correntes de pensamento, embora o positivismo ainda tenha um certo predomínio, mas já não com a intensidade que se verificava até os anos 70. Esta luta tem sido travada com maior expressão no campo da teorização, onde se verifica o surgimento de inúmeras teorias que se lançam ao desafio de explicar os fenômenos no campo da saúde. Embora se reconheça o importante papel de novas concepções neste embate e a expressão e repercussão que pouco a pouco vão conquistando, temos que considerar que na prática este avanço se dá mais lentamente pois ainda o "agir" em saúde encontra-se impregnado pelo pensamento dominante no setor.

A prática cotidiana tem nos revelado que o modelo assistencial hegemônico não dá conta de responder as necessidades de saúde da população, uma vez que as políticas sociais têm sido submetidas às políticas econômicas. Isto nos remete a pensar que tal falência inicia, na verdade, pela própria falência do paradigma que vem nortear a sociedade e conseqüentemente, seus diversos setores, dentre os quais se destaca o setor saúde como um dos focos, ainda que de forma pulverizada, de críticas e questionamentos no que se refere ao paradigma dominante.

A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DE SUAS BASES TEÓRICAS

A enfermagem traz impressa em sua prática, até os momentos atuais, características oriundas de suas raízes históricas, visto que uma prática profissional não se desenvolve isoladamente, mas está intimamente imbricada na dinâmica social e, portanto, no próprio curso da história humana. Considerando estes aspectos e no sentido de abordar criticamente a profissão, sua origem e condicionantes, vários autores têm se reportado a uma análise histórico-social da enfermagem pré e institucional, dentre eles podemos destacar os trabalhos de GERMANO (1985), SILVA (1986), ALMEIDA (1989) e PIRES (1989). Outros, mesmo numa abordagem contextualizada, preferem olhar o tema a partir da perspectiva do próprio processo de trabalho da enfermagem, seus condicionantes e elementos constitutivos, como no caso dos trabalhos de MELO (1986), LEOPARDI (1991), GELBCKE (1991) e GONZAGA (1992). Tem aqueles, ainda, que dirigem seu olhar para a prática de enfermagem em saúde pública na tentativa de desvendar alguns elementos do processo de trabalho e seus momentos de concretização como nos trabalhos de ALMEIDA et al. (1991) e KLEBA DA SILVA (1992).

As concepções que nortearam a prática de enfermagem pré-institucional podem ser entendidas a partir da sua própria forma de atuação. Já nas comunidades primitivas, delineava-se o cuidado de saúde de maneira empírica, utilizando-se para isto de conhecimento empírico e de recursos como a magia e o sobrenatural. Era notadamente impregnada pela concepção místico-mágica e empírica (REZENDE, 1989).

É a partir de HIPOCRATES (460 a.C.) com o advento do diagnóstico e terapêutica que ocorre a dissociação da medicina da concepção mística. Neste período, ainda não havia se delineado a divisão do trabalho em saúde de uma forma mais global sendo desenvolvido por um único agente na sua totalidade.

Na idade média, o cuidado dos doentes passou para as mãos dos religiosos, modificando, assim, a ótica pela qual se prestava tais cuidados, deixando de ser por magia ou superstição e assumindo o caráter caritativo, de "amor ao próximo". Ainda, através das religiosas no século XIII se deu a introdução da enfermagem nos hospitais. Segundo MELO (1986), tal concepção da enfermagem permaneceu por muitos séculos, pois desta forma não possuía conhecimentos próprios que pudessem fundamentar suas atividades, ao passo que já é nessa época que a medicina passa de sacerdócio à profissão, o que era anteriormente combatido pela Igreja.

No século XVI, com a Reforma Protestante ocorre o chamado "perigo negro" da enfermagem com o fechamento de hospitais e a expulsão dos religiosos que ali atuavam. Estes religiosos foram trocados por pessoal leigo e remunerado, em sua maioria mulheres, marginalizadas que recebiam poucos salários em troca do cuidado aos doentes. Evidencia-se desde essa época, a presença de outra característica marcante da enfermagem, "a exploração do trabalho feminino e sua relação com o papel subordinado da mulher como 'doméstica' e 'mãe'" (Ibid., p.36).

Até a primeira metade do século XIX, o pragmatismo, embora com sinais de evolução para uma prática mais elaborada, é ainda predominante na prática de enfermagem.

Como marco da profissionalização da enfermagem no mundo, surge Florence Nightingale, lady da alta burguesia inglesa, que na segunda metade do século XIX imprime uma nova visão à prática de enfermagem, no sentido de racionalizá-la. O exercício da enfermagem, então, modificou sua perspectiva, passando de prático e intuitivo à elaboração teórica de sua reflexão, sua investigação e sua pesquisa, surgindo assim a primeira teoria de enfermagem. Mas cabe ressaltar que a enfermagem institucionaliza-se no ambiente hospitalar calcada no tripé da devoção, altruísmo e trabalho voluntário e gratuito, além de subordinada ao saber e prática médica (MACHADO, 1989).

Florence Nightingale, em sua proposta, apresenta como foco da prática de enfermagem o ambiente do paciente que deve permanecer nas melhores condições possíveis para a natureza agir. ALMEIDA (1989) ao abordar a questão do objeto de trabalho da medicina e da enfermagem comenta:

"As duas práticas, a médica e a de enfermagem, que eram independentes, encontram-se agora no mesmo espaço geográfico, o espaço hospitalar, e no mesmo espaço social, o do doente. Começa a se construir a teoria do objeto da medicina voltada para o corpo. E o que ocorre com o modelo religioso do cuidado de enfermagem? Este vai aos poucos sendo substituído por um cuidado do ambiente do paciente, para dar condições da natureza agir no corpo do paciente. Enquanto o saber da medicina vai passando do ambiente para o doente, a enfermagem centra-se no seu ambiente" (ALMEIDA, 1989, p.40).

Esta concepção ambientalista foi-se irradiando a outros países, influenciando sobremaneira o desenvolvimento da enfermagem em vários locais do mundo, entre os quais os Estados Unidos que, por

sua vez, no início deste século veio a direcionar os caminhos da enfermagem brasileira.

Apesar da existência de iniciativas anteriores, como a criação da Escola Alfredo Pinto em 1890, considera-se como marco da institucionalização da enfermagem no Brasil, a abertura da Escola de Enfermagem D. Ana Neri em 1923, por ser "organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e estabelecendo normas que regulamentam o seu exercício profissional" (PIRES, p.1989, p.127).

E neste processo de profissionalização da enfermagem brasileira que surge a sua primeira grande contradição. O objetivo do curso centrava-se na formação de enfermeiras para atuar no campo de saúde pública e para o ensino, porém desenvolvia-se, exclusivamente, no ambiente hospitalar. O modelo conceitual é, sem dúvida, o inglês absorvido pelas americanas formadas no sistema Nightingale (ANGERAMI, s/d).

Os anos 30 são marcados pelo autoritarismo e pela repressão aos movimentos populares e início do declínio da prática sanitária. Surgem as primeiras tentativas de industrialização no país, e com objetivo de atender a essa nova política econômica, o interesse da saúde volta-se para o individual com ênfase na atenção médica (COSTA, 1986).

A década de 40 é marcada por pontos importantes. Ocorre uma nova expansão da saúde pública através da criação do Serviço de Saúde Pública (SESP), "decorrente de acordo estabelecido entre os governos dos Estados Unidos e do Brasil cujo objetivo era prestar assistência aos trabalhadores na extração da borracha" (MELO,

1986, p.67), pois com a eclosão da II Guerra Mundial tal material tornou-se indispensável.

Em contrapartida, devido a pressões dos trabalhadores por assistência médica curativa e hospitalar e principalmente, para atender a política econômica, a indústria hospitalar começa a se desenvolver, passando o hospital "a ser um símbolo da supremacia da atenção médica" (MELO, 1986, p.57). Desta época, faz parte a criação do Hospital das Clínicas de São Paulo que surgiu com o objetivo de melhorar a qualidade do ensino e da pesquisa. Este fato imprimiu novo rumo à enfermagem que passou a preocupar-se com a organização de novos padrões para sua prática incorporando nova tecnologia.

A rápida expansão dos cursos de capacitação de pessoal auxiliar de enfermagem ocorre a partir do final dos anos 40 e consolida-se nos anos 50. Este encaminhamento visava atender a política dominante da época, ou seja, o fortalecimento da política previdenciária, fundamentada na ideologia do "bem estar social", que por sua vez reforçou cada vez mais o serviço hospitalar (ANGERA-MI, s/d). É nesta década que emerge a conceituação de enfermagem enquanto ciência a partir da transferência de proposições físicas e biológicas, pois o conhecimento intuitivo até então vigente "mostrou-se insuficiente, desestruturado e inviável" (Ibid., s/d, p.7). Iniciou-se, então, a busca de um conteúdo cognitivo próprio da enfermagem e da organização de seu processo de trabalho surgindo, assim, as primeiras teorias de enfermagem. Na década de 60 e 70 este novo movimento da enfermagem adquire maior expressão e novos estudiosos dedicam-se a "sistematização do conhecimento, formulação de conceitos, teorias e da terminologia, dando passos

para sua própria epistemologia" (Ibíd., s/d, p.7).

Este movimento adquire expressão, principalmente nos Estados Unidos, onde surgem inúmeras teorias baseadas nas ciências biológicas, humanas e do comportamento, entre as quais se destacam LEVINE (1969), ROGERS (1970), KING (1971), OREM (1971) e ROY (1974). O trabalho das teoristas americanas se difundiu com facilidade para outros países, sendo que no Brasil sua penetração e repercussão maior ocorreu a partir da década de 80, através do ensino de graduação e pós-graduação. Nesta mesma época era concebida a primeira teoria brasileira - Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (1969).

Muitas das teorizações que emergiram e continuam emergindo na enfermagem, além de estarem sendo aplicadas na prática, tornaram-se objeto de análise de vários autores como ALMEIDA (1989) e STANTON e GEORGE (1990). ALMEIDA (1989) em seu trabalho, o saber de enfermagem e sua dimensão prática, apresenta uma breve revisão de 9 (nove) teorias de enfermagem apontando para seus principais aspectos. A autora mostra que a fundamentação de tais teorias tem avançado ao longo dos anos, sendo que este processo iniciou-se com Lydia Hall em 1966 cujos estudos baseavam-se fundamentalmente em princípios biológicos. A partir de então, as teoristas começaram a utilizar conhecimentos de outras áreas tais como a psicologia, sociologia e antropologia, enfatizando principalmente, os aspectos comportamentais e das relações humanas como é o caso dos trabalhos de Levine, Brodt, Rogers, King e Roy.

Já HORTA (1979), por sua vez, fundamenta-se em conhecimentos oriundos da psicologia ao utilizar a Teoria da Motivação Humana de Maslow como pano de fundo de sua teoria, além da lei da home-

ostase e do holismo.

Analisando outros aspectos relevantes destas teorias, ALMEIDA (1989, p.104) diz que o que suas autoras propõem é "como a enfermagem deve se organizar como processo para dar respostas aos problemas de saúde do homem", sendo que o conceito de homem expresso em tais trabalhos revela uma generalização muito grande. Na maioria destes trabalhos, o homem é concebido como um ser universal, ou seja, um todo biopsicossocial em interação com o meio ambiente temporal-espacial, reforçando desta forma a perda de sua dimensão mais concreta e histórica.

O trabalho destas teóricas provocou e continua provocando mudanças e avanços significativos para a consolidação da enfermagem enquanto profissão, saber e prática. Embora se registre que a grande maioria dessas contribuições teóricas estejam ainda impregnadas pelo modelo hegemônico na saúde, mais recentemente tem surgido trabalhos inovadores que utilizam outros referenciais como o modelo elaborado por QUEIROZ e EGRY (1988). Estas autoras propõem um novo marco referencial para a prática de enfermagem a nível coletivo baseado no materialismo histórico e dialético.

Outros trabalhos de extrema relevância para a categoria tem sido produzidos nos últimos anos, apesar de não abordar especificamente referenciais teóricos norteadores da prática, tratam do processo particular de trabalho da enfermagem, tentando revelar simultaneamente suas relações internas e externas. Foi nesta ótica que no 41. Congresso Brasileiro de Enfermagem (1989) foi privilegiado o debate sobre o processo de trabalho da categoria, tendo sido eleito como tema central "Os desafios da enfermagem para os anos 90". Os trabalhos produzidos por Almeida, Rodrigues,

Castellanos, Leopardi e Mendes marcaram um momento histórico da profissão, não só porque trouxeram à tona os determinantes sociais, políticos e ideológicos que perpassam a situação atual da enfermagem, como buscaram apontar para os novos caminhos possíveis para o enfrentamento dos desafios para o futuro da categoria.

Através da análise dos elementos que compõem o processo de trabalho da enfermagem, subtema II "A situação da enfermagem nos anos 80", as autoras identificaram diferentes objetos e instrumentos de trabalho. Quanto aos objetos foi possível encontrar:

- o cuidado de enfermagem (embora tenha sido identificado no discurso dos profissionais de enfermagem como cuidado, na verdade refere-se aos corpos dos indivíduos);
- a organização da assistência;
- a consciência dos indivíduos sobre saúde.

Observando uma certa relação com estes objetos foram apontados os seguintes instrumentos de trabalho:

- para viabilizar o cuidado;
- para possibilitar o processo administrativo;
- para a educação em saúde;
- para a produção de conhecimentos (ALMEIDA et al. 1989).

As mesmas autoras procuravam, ainda, apontar no Subtema V como o próprio tema central revela, "os desafios da enfermagem para os anos 90". Como pré-requisito de um segundo desafio, qual seja, o de construir um projeto político para a enfermagem "enquanto prática social que se articula com as demais práticas da sociedade" (CASTELLANOS et al. 1989, p.161) as autoras indicam para a compreensão do trabalho da enfermagem no conjunto das prá-

ticas sociais e, internamente, nos seus diferentes momentos.

Aprofundando o debate acerca dos desafios, o grupo apresentou, ainda, algumas considerações sobre o processo de trabalho da enfermagem, tendo como referência os modelos de saúde individual e coletiva. Dentre estas, destacamos:

- o processo de trabalho em enfermagem "no modelo de saúde individual" caracteriza-se por dois diferentes processos de trabalho: o processo de trabalho "cuidar" e o processo de trabalho "administrar";
- os processos de trabalho de enfermagem no "modelo de saúde individual" institucionalizado se caracterizam como instrumentos ou meios do processo de trabalho médico;
- o modelo de trabalho em saúde coletiva não tem firmado tão concretamente os seus "momentos", o que tem possibilitado o reconhecimento de diferentes processos de trabalho que podem ser dominados por diferentes profissionais. Neste modelo são admitidos vários tipos de processo, tais como a educação em saúde, vigilância epidemiológica, assistência à família, dentre outros;
- a busca da articulação entre os "momentos" individual e coletivo do processo de trabalho do enfermeiro passa pela operacionalização da articulação entre o natural e o social, o indivíduo e o coletivo, o sujeito e a estrutura, etc....;
- o processo de trabalho em saúde coletiva está em construção e necessita, para sua organização tecnológica, recriar modelos de processos de trabalho que contemplem objetos e finalidades coletivas (CASTELLANOS et al. 1989).

Retomando a questão da fundamentação que vem norteando o saber e prática de enfermagem, agora mais especificamente no Brasil, podemos apontar, baseando-se em TRENTINI e PAIM (1991), que foram quatro as tendências que dominaram o cenário da enfermagem brasileira deste século. Considerando o aspecto predominante em cada época, as autoras denominaram tais escolas de: serviço, administração, acadêmica e assistência.

A primeira tendência começou a se formar a partir da institucionalização da enfermagem brasileira em 1923, com a presença das enfermeiras norte-americanas na organização da Escola de Enfermagem Ana Neri e do Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública. O ensino de enfermagem, nesta época, estava impregnado por esta visão, pois ao mesmo regime de trabalho e normas disciplinares do serviço eram submetidas as alunas que acabavam mantendo o serviço hospitalar através de seu trabalho. A exploração do trabalho das alunas de enfermagem era ocultada através da tese "aprender a cuidar, cuidando".

Nas décadas de 50 e 60, através de influência, novamente, norte-americana surge a segunda grande tendência da enfermagem brasileira, a Administração. Isto ocorre no momento em que se dá a expansão da rede hospitalar com a organização da previdência no Brasil. A tônica no ensino de enfermagem volta-se para a "a formação de enfermeiros líderes para chefiar e supervisionar o trabalho de enfermagem em hospitais" (TRENTINI e PAIM, 1991, p.3), pois logo anteriormente a este fato, ocorria a formalização dos cursos de Auxiliares de Enfermagem. Assim, a maior parte dos cuidados de enfermagem passaram a ser prestados por auxiliares e atendentes, enquanto que a enfermeira assumia o papel de chefe do

serviço, ou seja, aquele que gerencia e controla o trabalho de todos os elementos da equipe.

Já a tendência Acadêmica começa a se insinuar no final dos anos 60 quando aparecem os primeiros Cursos de Especialização em Enfermagem e se fortalece mais tarde com a constituição dos Cursos de Pós-Graduação "sensu stricto" (mestrado e posteriormente doutorado). Sob influência desta escola surgem os primeiros esboços no campo da conceitualização da enfermagem, inicialmente através das teorias americanas e posteriormente com a contribuição das teóricas brasileiras.

Por fim, a quarta tendência começou a se formar no início dos anos 80 e encontra-se vigente até os dias atuais. Trata-se da corrente que defende o retorno focalizado na prática assistencial, denominada de Assistência ou Prática Profissional. TRENTINI e PAIM (1991, p.6) comentam que influenciada por esta escola a enfermagem brasileira nos últimos anos "está se preocupando em fundamentar a prática em marcos conceituais". Tais trabalhos têm sido formulados a partir das concepções teóricas, tanto das teóricas americanas como dos estudos elaborados por autoras brasileiras e, representam experiências inovadoras e arrojadas no sentido de enfrentar posturas reprodutoras de conhecimento de outra cultura com a aproximação da realidade de vida, saúde e assistência do Brasil. Citam como exemplo disto, a experiência da construção do referencial teórico e modelo de assistência utilizado no Hospital Universitário da UFSC e a iniciativa adotada pelo Curso de Mestrado da UFSC que oportuniza e incentiva os mestrandos no desenvolvimento de dissertações a partir da experiência da utilização de marcos conceituais na prática assistencial.

Além das inúmeras experiências de construção e de aplicação na prática de enfermagem de referenciais teóricos fundamentados em diferentes correntes de pensamento, alguns mestrandos têm se preocupado em analisar tais experiências, na perspectiva de contribuir aprofundando a discussão em torno das questões. Sob esta ótica, PENNA (1992) desenvolve uma análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família, numa verdadeira tentativa de repensar o próprio pensar.

TRENTINI e PAIM (1991) procuram ainda, apontar alguns rumos que vêm se esboçando na atualidade. Indicam três vertentes diversas: a primeira através do movimento Participação*, a segunda que se caracteriza pela persistência na utilização de teorias e a terceira que abrange um grupo denominadas pelas autoras de "independentes".

O movimento Participação constitui-se num marco na história da enfermagem brasileira dos anos 80, caracterizado pelo avanço da concepção individual para coletiva e da atitude reprodutora para uma postura crítica. Grande parte dos enfermeiros que aderiram a este movimento passaram a criticar a prática assistencial de enfermagem fundamentados no materialismo histórico e dialético.

Já, o segundo rumo levantado pelas autoras, qual seja, o grupo que persiste na utilização de teorias já elaboradas, proce-

*Movimento Participação (MP) trata de uma ação coletiva emergente na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) no período de 1983/1986, que se autodenominou desta forma a partir de 1984 por ocasião do XXXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem em Belo Horizonte. "Esta se deu, em primeiro lugar, com a construção de uma nova proposta de direção para a ABEn e se consolidou como processo de resistência e a preparação da alternativa de direção do MP para a ABEn (OLIVEIRA, 1990, p.6).

dendo adaptações as situações de seu cotidiano, é configurado pela reação ou indiferença ao movimento Participação. Na visão das autoras, este grupo não passa da reafirmação de uma postura ingênua que através dessa prática calcada em experiências de aplicação de marcos conceituais, mantém o "status quo".

O terceiro rumo apontado por TRENTINI e PAIM (1991) dá conta de um outro grupo que se manifesta através de experiências isoladas e ainda, sem maior repercussão, que se caracteriza pela independência intelectual na busca de um aprofundamento do saber profissional e na revisão de certos valores, objetivando substituir aqueles que não respondem a nossa realidade social.

Embora sejam apontados novas ou outras concepções, modelos conceituais no campo teórico, a prática cotidiana ainda se mostra muito distanciada de tais teorizações. Como se percebe, a prática de enfermagem tem-se revelado ainda como uma prática subordinada ao trabalho médico e não como uma prática cooperativa dentro de um processo coletivo. Além disso, seu momento mais privilegiado tem sido o modelo de saúde individual, mesmo nos serviços de saúde pública, uma vez que neste setor foram introduzidos instrumentos como a consulta de enfermagem.

VAZ (1989, p.167) ao analisar o trabalho da enfermeira na rede básica de serviços de saúde mostrou que "as ações de assistência direta à clientela são as preferidas entre as profissionais, idealizadas dentro das atuais determinações do processo de trabalho; e as ações pedagógicas, embora concebidas como indiscutíveis à reciclagem e à manutenção da força de trabalho nas unidades praticamente não são realizadas". Complementa, colocando que ainda que prevalente, a atividade administrativa não conta

com a aceitação dos profissionais enfermeiros, pois tal prática sobrevém à enfermeira como exigência intrínseca da própria organização do trabalho de enfermagem.

A mesma autora mostra, também, que o ideário das enfermeiras dirige-se às ações de assistência direta à clientela revelando-se, predominantemente, na forma de ações educativas, de ações de caráter preventivo no processo saúde-doença, ações estas vislumbradas como possibilidade de sua prática em saúde pública. Apesar disto, tal proposta educativa, ainda que revestida de caráter científico, traz impressa na diade educação/prevenção toda uma carga normativa e eugenista, além do cunho paternalista, no sentido do controle social, da manutenção e reprodução do sistema dominante.

Estas representações do trabalho da enfermagem discutidas por VAZ (1989), quais sejam, a insatisfação pelas atividades administrativas, a idealização da assistência ou cuidado direto ao cliente, dentre outras, são oriundas da negação do movimento desta prática na dinâmica social, ou seja, concretizam a dicotomia entre a realidade desta prática e sua representação pelas enfermeiras. A busca da superação deste descompasso passa por viabilizar no próprio processo de trabalho, a conscientização da enfermeira quanto à própria prática, considerando sua trajetória histórica e as determinações estruturais do momento atual de nossa sociedade.

Além disso, há que se considerar que este trabalho não se constrói apenas na e da prática, mas está intimamente relacionado ao referencial teórico que guia tal prática. Recuperar a articulação entre teoria e prática, pensamento e ação aponta a impor-

tância da consciência na criação e transformação da atividade prática, uma vez que "teoria e prática se vinculam, e nessa vinculação seus limites são relativos, mas não desaparecem por completo" (VASQUEZ, 1986, p.236).

Considerando a perspectiva anteriormente apresentada, acredito ser necessário neste momento percorrer caminhos em busca da compreensão da prática de enfermagem, onde se revela de extrema importância o desvelamento da fundamentação teórico-filosófica que a norteia a fim de possibilitar novos questionamentos e discussões junto a categoria visando o redimensionamento de sua prática.

O PROCESSO DE INSTRUMENTALIZAÇÃO DA PESQUISA

Uma vez que tive como principal finalidade neste estudo "conhecer as concepções que norteiam a prática das enfermeiras dos serviços da rede básica de saúde", considerei o design descritivo como o método mais adequado para desenvolvê-lo, visto que este tipo de método tem por objetivo investigar intensivamente as relações de uma determinada unidade social, que pode ser uma pessoa, uma família ou um grupo de pessoas ou famílias (PARSE, 1985).

Este tipo de estudo tem sido muito utilizado na área social, isto porque o foco principal destas pesquisas tem se dirigido ao desejo de conhecer determinada comunidade, seus agentes, suas características, sua problemática, etc..., uma vez que é notória a preocupação dos pesquisadores sociais com a atuação prática e sua relação com o contexto social. Mas, como todo tipo de estudo, apresenta vantagens e limitações em sua aplicação. As vantagens apontadas se resumem na questão do conhecimento direto da realidade, ou seja, os dados são informados pelas próprias pessoas,

tornando a investigação mais livre na interpretação; economia e rapidez na obtenção dos dados desde que os entrevistadores estejam devidamente capacitados; e a possível quantificação dos dados (GIL, 1989).

Já, em relação as limitações que este tipo de design impõe ao estudo, o mesmo autor aponta, como principais, a ênfase nos aspectos perceptivos e a limitada apreensão do processo de mudança. No primeiro caso, tive bem claro durante todo o desenvolvimento do estudo que estava trabalhando com dados originários das falas dos participantes, ou seja, referiam-se às percepções pessoais das enfermeiras acerca das questões colocadas. Além disso, como o objetivo do estudo restringiu-se a pesquisar estas concepções num determinado momento, ou seja, no momento em que se processavam as entrevistas, isto impossibilitou a apreensão de uma visão mais dinâmica do processo de constituição e transformação da visão de mundo destas enfermeiras. Por isto, o pesquisador deve ter clareza de tais limitações, preocupando-se em imprimir mais "vida" à realidade em foco.

GIL (1989) ainda ressalta que o estudo descritivo serve melhor às pesquisas que objetivam conhecer as crenças, opiniões e atitudes de uma determinada população. Com base nestes autores, acredito que este design me auxiliou, sem dúvida, na identificação das bases teórico-filosóficas que norteiam a prática das enfermeiras da rede municipal de saúde, ou seja, conhecer suas crenças e concepções acerca de um conjunto de conceitos que no meu entendimento permeiam sua prática.

O CENARIO DA PESQUISA

Este estudo foi conduzido numa instituição pública prestadora de serviços básicos de saúde localizada no município de Florianópolis, a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social. O papel da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis (SSDS) está diretamente relacionado a organização e execução das ações de saúde do primeiro nível de atendimento no município, através de um novo modelo assistencial, o Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, está integrado ao Sistema Único de Saúde do estado e do país. Este novo modelo de assistência, implantado a partir de 1991 na SSDS, objetiva a assistência integral à saúde com ênfase nas ações preventivas e coletivas, tais como imunização, vigilância epidemiológica e sanitária, ações educativas em saúde, complementadas por ações curativas de baixa complexidade como atendimento de clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia, curativos, entre outros. Na prática, no entanto, verificou-se que a inversão nas prioridades se manteve com total predominância da atenção à demanda individual, sendo o atendimento médico considerado ainda o centro da assistência.

A rede de serviços da SSDS está constituída segundo diretrizes estabelecidas no SUS, considerando alguns critérios como a regionalização e complexidade dos serviços de saúde, além da questão do modelo assistencial vigente.

Considerando o critério de regionalização dos serviços, foram estabelecidos 14 (catorze) setores distribuídos nas partes insular e continental do município, onde se distribuem as 50 (cinquenta) unidades de saúde que compõem a rede (anexo 1). Já,

em relação a complexidade dos serviços, estas unidades de saúde estão divididas em:

- 33 (trinta e três) Centros de Saúde I (CS I), onde são oferecidos os seguintes serviços: consulta médica em clínica geral, consulta odontológica e atendimento básico de enfermagem;
- 16 (dezesesseis) Centros de Saúde II (CS II), que oferecem, além dos serviços existentes nos CS I, consultas médicas nas especialidades básicas de pediatria e gineco-obstetrícia, consultas de enfermagem e nutrição, sendo que alguns desenvolvem trabalhos educativos em grupo;
- 1 (uma) Policlínica localizada na área continental do município, onde são oferecidos serviços diagnósticos mais complexos como radiologia, e outras especialidades médicas (cardiologia, ortopedia, entre outras).

No que diz respeito ao modelo assistencial, verifica-se que a atenção converge para as atividades consideradas imediatas, as consultas médica e odontológica, sendo que as ações dos outros profissionais assumem um caráter de complementariedade tanto no sentido de viabilizar o trabalho médico, como no caso das ações administrativas da unidade desenvolvidas pela enfermeira, quanto no sentido de complementar o mesmo, como por exemplo na proposta de consultas subsequentes e não intercaladas de acompanhamento pré-natal.

Hoje, a enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis conta com um quadro expressivo de funcionários, por conta do processo de municipalização dos serviços estaduais e federais de atenção primária de saúde. O quadro de pessoal de en-

fermagem está composto por 50 (cinquenta) enfermeiros, 70 (setenta) técnicos, 45 (quarenta e cinco) auxiliares e 43 (quarenta e três) atendentes de enfermagem.

Uma vez que o grupo incluído nesta pesquisa constituiu-se das enfermeiras, passarei a caracterizar melhor estes profissionais. As 50 (cinquenta) enfermeiras que integram a Coordenadoria de Enfermagem, estrutura a nível central que coordena técnica e administrativamente a assistência de enfermagem, estão assim distribuídas:

- 10 (dez) desenvolvem atividades a nível central em coordenações de programas como Centro de Informações em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Imunização, Saúde da Mulher e da Criança, além da coordenação de atividades ligadas à Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos, e de recursos materiais que cabe à Coordenação de Recursos Materiais;
- 8 (oito), na época das entrevistas eram supervisores de enfermagem desenvolvendo funções de cunho predominantemente administrativo sob a forma de rodízio junto aos CS I, sendo que hoje encontram-se lotados em postos de saúde; e
- 32 (trinta e duas) enfermeiras estão lotadas nos CS II e desenvolvem atividades prioritariamente assistenciais.

Vários aspectos influenciaram a minha escolha em desenvolver este estudo junto as enfermeiras da SSDS, diria até mais que influência, impingiram em muitos momentos uma forte motivação para a elaboração de tal pesquisa. Dentre estes aspectos, tanto relacionados ao próprio processo da pesquisa como ao curso de minha trajetória profissional, destaco alguns de ordem operacional e

outros que revelam o compromisso social com a profissão:

- a facilidade de contato com os participantes da pesquisa, o que me proporcionou dispendar menor tempo na realização dos contatos prévios à entrevista;
- a disponibilidade de sala para o desenvolvimento das entrevistas no próprio local onde trabalho ou na própria unidade de trabalho dos entrevistados, embora algumas vezes, não apresentassem as condições ideais de conforto;
- a possibilidade de concreta construção na prática, ou seja, utilizar este trabalho como ponto de partida para a definição e construção coletiva de um modelo teórico-metodológico que subsidie a prática de enfermagem nesta instituição;
- uma vez que desenvolvo minhas atividades profissionais há 5 (cinco) anos nesta instituição, acredito que através deste estudo possa contribuir para um repensar da nossa prática profissional, ao mesmo tempo em que este possa apontar caminhos para uma transformação crítica, consciente e comprometida com a realidade social.

OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Como meu objetivo neste estudo se restringiu a questão de conhecer o "pensar" das enfermeiras desta instituição em relação à enfermagem, sem a preocupação com a generalização das possíveis conclusões, achei por bem, restringir o número de participantes da amostra. Isto porque, em primeiro lugar, o número de enfermei-

ras na SSDS aumentou significativamente no período compreendido entre a elaboração da proposta deste estudo e a realização da coleta de dados, passando de 26 (vinte e seis) para 50 (cinquenta) profissionais. Além disso, percebi que um número menor de entrevistas me facilitaria o processo de organização dos dados coletados. Portanto, ao invés de entrevistar todas as enfermeiras da instituição, como era a minha idéia inicial e que aos poucos foi se tornando de difícil execução, considerei uma amostra de 15 (quinze) enfermeiras.

Para a seleção deste grupo amostral, fiz uma primeira relação das enfermeiras que atuam no Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis levando em consideração alguns aspectos que as diferenciam como: a função exercida, o local de trabalho e a instituição empregadora de origem.

Quanto aos critérios "função exercida" e "local de trabalho" considerei três grupos distintos:

- o grupo de nível central (enfermeiras que trabalham na sede da Secretaria e desenvolvem atividades de coordenação);
- o grupo da supervisão (enfermeiras que desenvolvem atividades de supervisão de enfermagem junto aos CS I); e
- grupo de nível local (enfermeiras lotadas nos CS II que desenvolvem atividades assistenciais e administrativas).

Em relação a instituição de origem, levantei que o grupo de enfermeiras na SSDS está constituído de profissionais oriundos de três instituições diferentes, que continuam sendo responsáveis pela remuneração de seus respectivos servidores. São elas: a própria Prefeitura Municipal de Florianópolis (nível municipal), a Secretaria de Estado da Saúde, antigos Departamento Autônomo de

Saúde Pública e Fundação Hospitalar de Santa Catarina (nível estadual) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, INAMPS (nível federal). Estes dados encontram-se sintetizados no quadro 1.

Procurei inserir na pesquisa enfermeiras oriundas das três instituições em função de acreditar que a origem institucional influencia no "pensar" do profissional, uma vez que suas funções e rotinas de trabalho são diferenciadas, seus salários são diferenciados, além de vivenciarem culturas institucionais diferentes.

QUADRO 1 - Distribuição das enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, segundo o seu local de trabalho e instituição de origem (Coordenação de Enfermagem, 1992).

LOCAL DE TRABALHO	N.	%	INSTITUIÇÃO ORIGEM	N.	%
Nível central	10	20	Prefeitura	38	76
Supervisão	08	16	Estado	08	16
Nível local	32	64	INAMPS	04	08
Total	50	100	Total	50	100

A partir daí, procedi o sorteio das 15 (quinze) enfermeiras a serem entrevistadas, observando uma relação percentual conforme os critérios anteriormente colocados. Assim, considerando que a amostra de 15 (quinze) enfermeiras perfazia 30% (trinta por cento) do grupo total, utilizei este percentual também para levantar o número de participantes de cada um dos subgrupos. Quanto ao local de trabalho, busquei contemplar na amostra a participação de

enfermeiras dos três diferentes locais e funções, levantando 30% do total de profissionais de cada uma dessas áreas. Portanto, a amostra ficou assim constituída:

- 3 (três) enfermeiras do nível central,
- 3 (três) enfermeiras supervisoras,
- 9 (nove) enfermeiras do nível local.

Ao proceder esta divisão, preocupei-me, ainda, em considerar um outro critério, ou seja, a instituição empregadora de origem, a fim de contemplar a participação de enfermeiras oriundas do Estado e do INAMPS e que integram o Sistema Municipal de Saúde. Então, procedi a divisão utilizando como referência um percentual de 30% do total de enfermeiras oriundas de cada instituição, sendo que ficou assim distribuído:

- 12 (doze) enfermeiras da PMF,
- 02 (duas) enfermeiras oriundas do Estado, e
- 01 (uma) enfermeira oriunda do INAMPS.

OBTENDO AS INFORMAÇÕES

Para obter as informações necessárias ao desenvolvimento desta pesquisa, considerei a técnica de entrevista como recurso mais adequado, uma vez que tem sido considerada uma técnica valiosa para os estudos qualitativos cujo objetivo se focaliza em conhecer o fenômeno em questão (TRIVINOS, 1987).

Esta técnica, segundo LUCKE e ANDRE (1986), favorece o desenvolvimento da coleta de dados, pois possibilita uma maior interação entre pesquisador e informantes criando uma verdadeira

atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Além disso, os mesmos autores apontam, ainda, para outro fator que interfere favoravelmente na entrevista, que é o fato de diferenciar-se de outros instrumentos que limitam a intervenção do pesquisador, pois possibilita imprimir uma outra performance na relação que se estabelece, uma vez que "a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre investigador e entrevistado" (Ibid., p.34).

Considerando o objetivo e a população deste estudo, bem como as peculiaridades dos diversos tipos de entrevista, optei pela forma semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada permite uma maior liberdade de expressão tanto ao pesquisador como ao informante, visto que ela se desenrola a partir de um esquema básico, não rígido, possibilitando ao entrevistador oportunidades de proceder necessárias adaptações.

Até aqui apresentei justificativas e considerações teóricas acerca do recurso selecionado para a obtenção dos dados, cabendo questionar então: como se processou esta etapa na prática? Para melhor responder a este questionamento procurei sintetizar a minha experiência nos seguintes itens: "Propondo a participação no estudo", "Preocupando-me com o ambiente das entrevistas", "Realizando as entrevistas" e "Validando as informações".

- Propondo a participação no estudo

Num primeiro contato entre entrevistado e pesquisador foram explicitadas as informações acerca do objetivo do estudo, a contribuição do entrevistado para o estudo, as contribuições deste estudo para a prática de enfermagem. A partir destas informações,

o entrevistado decidia sua participação. Este primeiro contato ocorreu durante uma reunião geral das enfermeiras, o que possibilitou uma discussão maior acerca do estudo e foi de suma importância para a pesquisa, pois mesmo antes de se iniciar a coleta de dados propriamente dita as pessoas já estavam motivadas para a participação.

- Preocupando-me com o ambiente das entrevistas

Desde a fase de elaboração do projeto desta pesquisa, preocupe-me em pensar num ambiente em que o informante se sentisse à vontade naquele momento em que seria questionado e estaria expondo suas idéias. Para isto, em primeiro lugar, perguntava ao próprio informante onde ele preferia ser entrevistado, dentro de um leque de opções, considerando não só a questão do ambiente em si, mas também o deslocamento necessário para o encontro. Dentre as opções colocadas estavam a sede da SSDS, o posto de saúde onde o informante trabalha, a biblioteca da Universidade e a minha residência, além de considerar algum outro local que o informante achasse adequado. O local de maior preferência foi a sede da SSDS.

A partir do local escolhido, procurava verificar a disponibilidade de sala que apresentasse os requisitos necessários para o bom andamento da entrevista, como ambiente não muito amplo, mas com boa ventilação e iluminação, que proporcionasse privacidade ao encontro. Para quebrar o gelo inicial, provocado principalmente pela utilização do gravador, quando possível, oferecia cafezinho ao informante e procurava deixá-lo mais à vontade.

É claro que algumas intercorrências se registraram, chegando em alguns momentos a prejudicar um pouco o desenvolvimento da entrevista. Dentre as interferências observadas, considerei relevantes as que realmente trouxeram algum prejuízo, mesmo que pequeno, ao conjunto de informações coletadas como: o tocar de um telefone na sala ao lado que, às vezes, desconcentrava o informante; a falta de energia elétrica durante uma das entrevistas que provocou a sua interrupção pois a sala ficou às escuras.

- Realizando as entrevistas

O processo de realização da entrevista, apesar de não ter seguido um esquema rígido de desenvolvimento, percorreu algumas etapas que, por vezes, não se distinguiam: "apresentando as questões norteadoras", "buscando as informações" e "abrindo para outras colocações".

No primeiro momento da entrevista, procurava apresentar as questões contidas no roteiro básico "Dialogando sobre a prática profissional" (anexo 2) uma vez que estas norteariam a entrevista. Tal procedimento visava dar uma idéia ao informante da trajetória que percorreríamos durante o encontro.

A partir daí, iniciava a busca de informações, solicitando ao informante preencher os dados de identificação num questionário que preservava a sua identidade pessoal, pois tinha como identificação apenas um cognome extraído da literatura marinha (anexo 3).

A seguir, começava a questionar o informante sobre suas concepções acerca do ser humano, da sociedade, de saúde e doença e da enfermagem. Neste momento, sempre procurei desencadear as pró-

ximas perguntas a partir das colocações e expressões da enfermeira entrevistada. Para mostrar como isso se desenvolvia na prática apresento a seguir um pequeno recorte com trechos de uma das entrevistas:

Ao falar o que pensava acerca do ser humano, um dos informantes disse:

- Plânton: "... Ele é um elemento como qualquer outro que faz parte de todo um contexto. Acho que alguns mais privilegiados e outros menos."
- Pesquisadora: "Explica como é esta questão do privilégio?"
- Plânton: "Acho que é uma questão social, uma questão cultural, uma questão geográfica, é social político. É uma questão mais ampla, por exemplo, uma pessoa que mora na Suíça tem condições de vida muito diferentes de uma pessoa que mora no Brasil. Então se eu moro na Suíça, eu vou ter uma vida muito melhor do que aqui, nesse ponto é que eu vejo os privilégios."
- Pesquisadora: "E como se dá a relação dos mais privilegiados com os menos privilegiados?"

Antes de finalizar a entrevista, sempre perguntava à colega se ela gostaria de fazer mais alguma colocação. Levantava se havia alguma coisa que quisesse dizer que eu não houvesse perguntado, se gostaria de sugerir alguma coisa para o desenvolvimento do estudo e qual a avaliação que fazia do contato que tivemos.

REGISTRANDO AS INFORMAÇÕES

Durante as entrevistas, registrei as informações de duas formas: os dados de identificação da informante em questionário próprio e o diálogo transcorrido durante a entrevista em fita cassete.

Para proceder a gravação das falas em fita cassete, em primeiro lugar, solicitei permissão a cada informante, uma vez que percebia que a presença do gravador inibia a sua expressão. Entendi que esta estratégia de registro poderia me facilitar na condução da entrevista, liberando-me das anotações e deixando-me mais à vontade no desenvolvimento do diálogo. Além disso, esta forma de registro, embora não capte aspectos como expressões faciais, movimentos corporais, é uma forma precisa de registrar as expressões verbais emitidas.

O registro das informações foi feito através de dois tipos de anotações: as notas de campo (BC) e as notas de pesquisadora (NP). Com base em características referidas por PATTON, BOGDAN e BIRKLEN, apud LUDKE e ANDRE (1986), defini que das notas de campo constariam todos os diálogos, informações e expressões verbais colhidas ao longo da entrevista. Foi a partir destas notas de campo que se processou a análise dos dados. As notas da pesquisadora que ocasionalmente foram registradas se caracterizaram pelas reflexões, percepções e sentimentos da pesquisadora, bem como problemas e dúvidas levantadas.

Transcrevi as entrevistas em folhas de trabalho registrando da seguinte forma: no alto da primeira página, constava o cognome da informante e a data da entrevista; à esquerda da folha era re-

servado um espaço de cerca de 1 cm para anotar a sigla que identificava o tipo de informação NC ou NP; à direita outro espaço de cerca de 10 cm era reservado às anotações da análise de domínios.

ANALISANDO AS INFORMAÇÕES

Neste estudo, busquei analisar as informações obtidas de uma forma em que eu pudesse ao mesmo tempo extrair o significado que carregavam e levantar a frequência que se apresentavam. Apesar de entender como imprescindível ao estudo a análise qualitativa dos dados buscando conhecer o que pensam as enfermeiras acerca das questões colocadas, não eliminei a possibilidade de apresentar tais informações quantitativamente, quando necessário.

A análise deste estudo baseou-se na técnica de análise etnográfica apresentada por SPRADLEY (1980) que se refere à busca sistemática das partes, a relação entre estas partes e a relação destas com a cena cultural total. Como este estudo não se caracteriza como uma etnografia, aqui, esta técnica assume o caráter de um guia na análise dos dados.

Segundo SPRADLEY (1980), esta técnica apresenta quatro fases distintas e crescentes de análise, a saber: análise de domínios, análise taxonômica, análise componencial e análise temática. Esta evolução se dá a partir das idas e vindas que o pesquisador faz ao campo em busca de mais informações, uma vez que este tipo de análise se dirige para trabalhos que utilizam observação participante. Embora esta pesquisa tenha se desenhado, principalmente, através de entrevistas, portanto, com somente algumas observações

do cenário e da própria cena cultural das enfermeiras entrevistadas, o alcance da fase temática de análise se deu a partir dos encontros onde as informações eram validadas.

- Análise de domínios

Esta análise se deu a partir das anotações das informações obtidas nas entrevistas, onde em leituras cuidadosas e sucessivas foram identificados os domínios culturais. Para SPRADLEY (1980), domínio cultural é uma categoria de significado que inclui outras categorias menores, que apesar de únicas pertencem a um mesmo tipo de categoria de significado. Portanto, domínio cultural nada mais é que uma categoria de significado.

Conforme o autor, uma das formas de identificar domínios é através da busca das relações entre as categorias menores. Assim, procedi a identificação dos domínios presentes nas anotações das falas das enfermeiras entrevistadas, que sublinhava e logo transcrevia na margem direita da folha de trabalho. Nesta transcrição, já estabelecia a estrutura do domínio reconhecido a partir do modelo sugerido pelo autor. Tal estrutura é constituída de três elementos básicos: o Termo coberto ou domínio cultural; o Termo incluído, que são as categorias menores e a Relação semântica ou ligação entre os termos incluídos e o domínio cultural. Esta forma de análise está exemplificada ao final deste item.

Para SPRADLEY (1980), as relações semânticas se estabelecem através do princípio geral da inclusão. Sendo assim, sua função é definir os termos incluídos ou categorias menores que façam parte do domínio cultural. Vários são os tipos de relações semânticas que podem ser identificadas entre as categorias menores e seus

domínios culturais, dentre as quais apresento algumas levantadas pelo autor com suas respectivas formas de relação:

RELAÇÃO SEMANTICA	FORMA DE RELAÇÃO
- Inclusão estrita	- "é um tipo de"
- Espacial	- "é um local em" ou "é uma parte de"
- Causa efeito	- "é um resultado de"
- Racional	- "é uma razão para"
- Locação por ação	- "é um local para"
- Função	- "é usado para"
- Meios-fim	- "é um modo de"
- Sequência	- "é uma etapa de" ou "é um passo de"
- Atributo	- "é uma característica de"

SPRADLEY (1980) sugere, ainda, que seja utilizada uma folha de trabalho a fim de proporcionar uma melhor visualização da estrutura dos domínios identificados. Estas anotações, como já coloquei anteriormente, foram feitas nas próprias folhas de anotações de cada entrevista, no espaço reservado previamente à margem direita, sendo que posteriormente, eram reunidos os domínios semelhantes de todas as entrevistas, seguindo a estrutura conforme mostra o exemplo a seguir:

DOMÍNIO: CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

<u>Termos incluídos ou categorias menores</u>	<u>Relação semântica</u>	<u>Termo coberto ou domínio cultural</u>
"... evidencia todos esses fatores..., a própria condição de vida do homem"	:	
"é uma coisa muito dinâmica, por isso não dá para separar"	:	
"determinado social e historicamente."	:	
"está intimamente relacionado faz parte da própria forma de viver dos homens."	:	
		PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Nesta fase de análise foram preservados os termos verbalizados pelos informantes o que destaquei através da indicação entre aspas, facilitando ao leitor a diferenciação de termos extraídos das falas das enfermeiras e dos termos criados por mim.

- Análise taxonômica

Segundo SPRADLEY (1980), a taxonomia é um grupo de categorias organizadas a partir de uma única relação semântica. Ela serve para identificar relações entre todos os termos incluídos do domínio, formando assim, subgrupos desses termos e mostrando o modo como se relacionam com o todo. Desta forma, revela categorias de análise representadas pelos subgrupos.

A partir da seleção de alguns domínios que identifiquei como os de maior acúmulo de informações e que melhor respondiam aos questionamentos do estudo, processei a análise taxonômica. No decorrer desta fase, foram levantadas várias taxonomias, sendo que

foram relacionadas somente aquelas que se referiam às condições acima citadas. Assim, a relação das taxonomias ficou constituída por:

- Taxonomia 1: As dimensões e características do ser humano (anexo 4)
- Taxonomia 2: A concepção de sociedade (anexo 5)
- Taxonomia 3: Saúde e doença: a representação das enfermeiras (anexo 6)
- Taxonomia 4: Características e formas de praticar a enfermagem (anexo 7)
- Taxonomia 5: Da crítica à uma nova concepção da postura da enfermeira (anexo 8)

Como forma de melhor organizar visualmente e considerar a frequência com que as informações se apresentavam, utilizei a esquematização através de quadros. Nestes quadros estão representadas as taxonomias utilizadas na apresentação dos dados no capítulo seguinte.

- Análise componencial

Esta etapa caracteriza-se, fundamentalmente, pela pesquisa sistemática dos atributos associados com as categorias já levantadas na análise taxonômica, isto é, o pesquisador parte em busca das unidades de significados que as pessoas atribuíram a estas categorias. Assim, através de focalizações mais seletivas das informações, o pesquisador procura agora não mais as similaridades entre os dados, mas alguns contrastes que podem ser encontrados entre os diversos domínios (SPRADLEY, 1980).

SPRADLEY (1980), com o intuito de facilitar e agilizar o trabalho do pesquisador, sugeriu uma forma mais fácil e esquemática de proceder a análise componencial através de quadros. Estes quadros foram produzidos a partir de alguns domínios que acumulavam um número maior de informações, conforme exemplo colocado a seguir.

DOMINIO: FINALIDADES DA ENFERMAGEM

Categorias menores	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
- Atender carências	sim	sim	não
- Promover o auto-cuidado	sim	sim	não
- Prevenir	sim	não	não
- Identificar problemas	não	sim	sim
- Melhoria das condições de saúde	não	sim	sim
- Buscar a reflexão/ação política	não	não	sim
- Buscar a liberdade/conquista da cidadania	não	não	sim

Os grupos 1, 2 e 3 referem-se a forma como foi possível agrupar os dados a partir das expressões das enfermeiras sobre as finalidades da enfermagem. Assim, cada grupo representa as concepções de determinadas enfermeiras acerca do tema que se assemelham entre si. Quando uma determinada finalidade era apontada pelas enfermeiras representadas em cada grupo esta era indicada com "sim", enquanto que se a referida finalidade por sua vez não era citada por outro grupo era assinalado "não".

- Análise temática

Conforme SPRADLEY (1980), chegar à descoberta dos temas significa atingir o nível final deste tipo de análise. Para o autor, temas culturais são como princípios recorrentes ou repetidos que conectam alguns domínios dando uma visão holística da cena cultural. Estes princípios podem ser implícitos ou explícitos e normalmente tomam a forma de uma asserção. Portanto, "temas são asserções que têm um alto grau de generalização" (Ibid., p.141).

O mesmo autor indica, ainda, como estratégia para a descoberta dos temas um processo que denomina de imersão no qual o pesquisador se engaja profundamente no campo, buscando estabelecer um contato mais intenso com os informantes e consequentemente com os dados. Desta forma, poderá não só expandir as informações como testá-las. Coloca, também, que esta estratégia se aplica mais adequadamente a estudos que utilizam observação participante.

Em princípio, neste estudo não visava atingir a fase temática de análise, pois tinha estabelecido como meta a discussão dos dados através da análise taxonômica, ou seja, a partir da organização dos domínios que seriam as categorias de análise. Mas, no decorrer da análise, com as sucessivas leituras e discussão das taxonomias feitas em conjunto com minha orientadora, chegamos a estabelecer as relações que se processavam entre os domínios, tentando formar, assim, um conjunto que representasse o pensamento de cada enfermeira acerca dos conceitos que permeiam sua prática.

Ciente das limitações que este estudo tinha para atingir esta fase de análise, procurei identificar fatos que tinham contri-

buido para o aprofundamento das informações. Os de maior relevância foram, sem dúvida, os contatos que tive para a validação das mesmas, além do fato de estar inserida no contexto em que atuam as enfermeiras aqui informantes e me relacionar diariamente com elas, o que me possibilitou ter um acesso maior, mesmo que às vezes sem perceber, acerca do que pensam as enfermeiras participantes da pesquisa.

SPRADLEY (1980) diz que construir diagramas esquemáticos é uma das estratégias para descobrir temas, ou seja, se descobre temas investigando e visualizando as relações entre os domínios. Os três temas descobertos neste estudo representam a visão que as enfermeiras têm acerca dos conceitos que permeiam a prática de enfermagem. Cada um dos temas sintetiza as concepções de um subgrupo de enfermeiras cujas idéias e conceitos se aproximam mais entre si. Tais temas serão apresentados no capítulo 5.

CONSIDERANDO OS ASPECTOS ETICOS E DE RIGOR DA PESQUISA

No que tange aos aspectos éticos e de rigor que foram observados no desenvolvimento deste trabalho, apresento aqui de que forma os mesmos foram encaminhados durante o processo da pesquisa. Em primeiro lugar, apresentei o projeto desta pesquisa às enfermeiras a fim de conhecerem minha proposta de trabalho, tendo assim, subsídios suficientes para optar pela participação no mesmo. Após este momento, solicitei às que concordaram em participar da pesquisa o seu consentimento por escrito, visando tornar claro os direitos e deveres de ambos, pesquisador e informante.

Observei, também, a garantia ao anonimato dos participantes através de rigoroso sigilo de seus nomes e outros dados pessoais que pudessem revelar sua identidade, utilizando para divulgação dos dados coletados cognomes extraídos da literatura marinha como já referido anteriormente..

- Validando as informações

A validação dos dados merece uma menção especial, pois além de garantir o rigor da pesquisa, serviu-me mais no próprio processo de análise das informações. Em dois momentos especiais, esta validação mostrou-se necessária: durante o registro dos dados e após a análise dos mesmos.

No primeiro caso, logo após a transcrição das entrevistas e uma análise preliminar de seu conteúdo, quando necessário validava as informações junto à entrevistada visando esclarecer alguma dúvida que tivesse surgido durante esta etapa. Assim, esclarecia palavras ou expressões colocadas pela informante e que estavam prejudicadas na escuta das fitas. Ou ainda, questionava algum ponto que não houvesse sido suficientemente explorado na entrevista. Desta forma, considereei que com esta validação garantindo a fidedignidade da informação coletada.

Mas, acredito que o momento em que a validação dos dados evidenciou sua máxima importância foi no transcorrer e fase final da análise dos mesmos, pois possibilitou a confirmação de inferências extraídas das falas das enfermeiras. Nesta etapa, através de algumas reuniões com as enfermeiras objetivando discutirmos os dados pré-analisados, esta atividade auxiliou-me na definição de alguns domínios levantados e na denominação mais adequada para

eles. Nestes contatos participaram não só as enfermeiras entrevistadas, mas também outras enfermeiras da instituição que embora não tivessem sido entrevistadas, demonstraram um grande interesse em contribuir nesta discussão enriquecendo mais o trabalho e expandindo a sua divulgação.

COM A PALAVRA, AS ENFERMEIRAS!

QUEM SOMOS? (as participantes da pesquisa)

Antes de buscar desvendar o que as enfermeiras entrevistadas pensam sobre alguns conceitos que permeiam sua prática profissional, tentei levantar algumas informações acerca de sua formação acadêmica e experiência profissional. Entendi que com estas informações poderia esboçar um perfil das 15 participantes da pesquisa, ainda que de uma forma um tanto restrita. Assim, no quadro 2 identifiquei o grupo de enfermeiras entrevistadas através da síntese de alguns dados pessoais, da formação e da vida profissional de cada uma.

QUADRO 2 - Caracterizando a formação e vida profissional dos participantes da pesquisa.

FORMAÇÃO ACADÊMICA							EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		
Nº	Idade	Sexo	Graduação		Pós-Graduação		Tempo de Serviço		Instituição de Origem
			Ano	Habilitação	Especialização	Mestrado	Anterior	Atual	
1	34	Fem.	1980	Saúde Públ.	-	-	6 meses	2 anos	PMF
2	33	Fem.	1986	-	Adm. Hosp.	-	-	4 anos	PMF
3	23	Fem.	1989	-	Enf. do Trab.	Ass. Enf.*	-	3 meses	PMF
4	22	Fem.	1991	-	-	-	-	6 meses	PMF
5	27	Fem.	1988	-	-	-	-	1 ano	PMF
6	32	Fem.	1982	-	Enf. do Trab.	-	8 anos	1 ano	PMF
7	43	Fem.	1977	-	-	-	12 anos	6 meses	PMF
8	32	Fem.	1983	-	Saúde Públ.	-	-	8 anos	PMF
9	34	Fem.	1978	Enf. Geral	-	Saúde adulto	13 anos	4 meses	PMF
10	41	Fem.	1973	-	Adm. Hosp.	Saúde adulto	5 anos	13 anos	INAMPS
11	36	Fem.	1982	-	Saúde Públ.	-	7 anos	3 anos	PMF
12	39	Fem.	1975	-	Saúde Públ.	-	-	17 anos	ESTADO
13	34	Masc	1982	-	Saúde Públ.	Ass. Enf.*	10 anos	4 meses	PMF
14	35	Fem.	1977	-	Saúde Públ. e Epidemiol.	-	-	15 anos	ESTADO
15	38	Fem.	1977	-	-	-	4 anos	4 anos	PMF

*Cursando atualmente.

Uma constatação imediata que se faz ao analisar o quadro 2 é a predominância absoluta de profissionais do sexo feminino. Mesmo sendo a amostra constituída através de sorteio, e não sendo considerado como critério a relação percentual de participantes segundo sexo, mesmo assim, verifica-se que neste grupo reproduz-se a situação do quadro geral de enfermeiros da instituição.

Ao tratar deste assunto, vários autores como MELO (1986), SILVA (1986), ALMEIDA (1989) e PIRES (1989) relacionam esta predominância de mulheres na profissão não só a questões oriundas de suas raízes históricas, como também à questão mais ampla do papel social desempenhado pela mulher e sua inserção no mercado de tra

balho. Historicamente, a enfermagem tem se dirigido ou orientado no sentido de prestar cuidado aos doentes, cuidado este que na idade média já era desenvolvido pelas mulheres na conjugação de seus afazeres domésticos. Na época do surgimento dos hospitais, novamente as mulheres entram em cena, desta vez como assalariadas.

Mas, cabe lembrar que a inserção da mulher no mercado de trabalho se deu ao longo da história e ainda nos dias de hoje de forma desigual ao homem. A mulher prepara-se para e assume tarefas consideradas mais femininas, aceita cargos assim considerados e procura funções tidas como mais femininas, como enfermeira, professora, pediatra, faxineira, etc... (MACHADO, 1986). A autora diz que isto ocorre justamente porque estes trabalhos são tidos como os de menor prestígio e conseqüentemente com mais baixa remuneração.

Acerca disto, SILVA (1986) coloca que esta discriminação contra a mulher tem origens na pré-história e vem adquirindo contornos diferentes conforme a época e o modo de produção existente. Enquanto aos homens, está reservado o papel hegemônico na esfera da produção econômica, à mulher cabe o papel secundário do doméstico, do auxílio. Assim, conclui que enquanto um trabalho essencialmente feminino, "o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado" (Ibid., p.57).

Em relação à faixa etária, o grupo se constitui de enfermeiras com média de idade de 33 anos, variando de 22 a 43 anos. Trata-se, portanto, de um grupo constituído na sua maioria de profissionais jovens, embora caracterizados por já estarem vivendo

em plena fase da vida adulta.

Relacionando a idade ao tempo de experiência profissional e mesmo com o tempo de formado das enfermeiras, verifica-se uma diferenciação muito grande entre elas. Enquanto algumas trabalham na instituição de 8 até 17 anos, outras, ingressaram neste emprego há poucos meses. Isto não quer dizer que as novas integrantes do grupo de enfermeiras da PMF já não tenham tido experiência profissional anterior. Assim, constata-se que apesar de ser considerado um grupo relativamente jovem, alguns destes profissionais já trazem uma significativa bagagem em termos de experiência na área.

A época da formação acadêmica apresentou-se bastante variável, sendo possível levantar períodos distintos de formação, desde o início da década de 70 até o início dos anos 90, tendo uma concentração maior na década de 80. Como toda prática social, a educação sofreu e sofre influências do momento histórico vivido pela sociedade, ou seja, evidencia as relações que se dão num determinado espaço e tempo, retratando assim o próprio modo de pensar e viver dos homens. Portanto, a formação das enfermeiras revela a estrutura social e as relações estabelecidas entre os homens em determinada época. Assim, presume-se que a atual formação das enfermeiras difere da década de 70, onde a repressão ideológica e política comandava o cenário brasileiro. Na década de 80, apesar de reiniciar lentamente uma reconstrução não só da educação, como de todos os setores da sociedade brasileira no sentido de recuperar seu rumo em direção à liberdade e conquista da cidadania, são anos que trazem as marcas do autoritarismo até então vigentes.

Quanto à busca do aperfeiçoamento profissional e aprofundamento do conhecimento é indiscutível que esta procura se fez presente neste grupo. Das 15 (quinze) enfermeiras, apenas 4 (quatro) não desenvolveram qualquer tipo de estudo formal após a conclusão do curso de graduação. Destas, 2 (duas) são praticamente recém formadas, o que poderia justificar a questão, enquanto que as outras 2 (duas) já graduaram-se há mais de 15 (quinze) anos, podendo revelar outras questões como: falta de interesse?, falta de oportunidade?, falta de motivação? falta de condições?

Por outro lado, das 11 (onze) profissionais que responderam terem frequentado outros cursos, além da graduação ao longo de sua vida profissional, 6 (seis) delas o fizeram na área de Saúde Pública, seja a nível de habilitação (1), seja a nível de especialização (5), sendo que uma delas além de Saúde Pública, especializou-se também em Epidemiologia. As outras 4 (quatro) enfermeiras especializaram-se em Enfermagem do Trabalho e Administração Hospitalar.

Ao contrário de outras pesquisas realizadas com enfermeiras de instituições prestadoras de serviços de saúde, na amostra entrevistada neste estudo encontrei um número significativo de enfermeiras (4) com titulação de mestre ou que estão frequentando curso de mestrado. Este dado talvez indique uma nova tendência da política dos cursos de pós-graduação no Brasil, pois em 1985 em trabalho realizado pela ABEn e COFEn (1985) sobre a força de trabalho em enfermagem ficou demonstrado que um percentual muito pequeno de enfermeiras não docentes tinham frequentado cursos de mestrado ou doutorado, em função da proposta de formação de recursos humanos a nível de pós-graduação "stricto sensu" que pri-

vilegiava profissionais docentes.

Deve-se levar em consideração também, o fato da Universidade Federal de Santa Catarina já oferecer cursos de pós-graduação a nível de mestrado há vários anos, e mais recentemente iniciar também curso de doutoramento. Este fato, provavelmente, contribui na motivação e facilita as enfermeiras residentes na cidade ingressarem no referido curso.

Há que se considerar também a crescente preocupação do órgão gestor de saúde no município com o desenvolvimento de recursos humanos, o que, sem dúvida, tem possibilitado a participação dos profissionais nos cursos de especialização e mestrado com liberação integral.

A Nossa Concepção Acerca do Ser Humano

A procura dos dados que me revelaram as concepções das enfermeiras sobre ser humano se processou através do levantamento dos domínios relacionados a este conceito, que posteriormente me ajudaram a construir uma taxonomia do tema (anexo 5), ou seja, agrupar as informações incluídas nos domínios a partir do modo como se relacionam com o todo. Assim, os dois aspectos mais frequentemente presentes no discurso das entrevistadas e que de certa forma traduziram o seu modo de ver e pensar o ser humano se relaciona às suas dimensões e as suas características.

Ao explicitarem seu pensar acerca do ser humano, muitas enfermeiras enfatizaram as dimensões pelas quais acreditam se concretizar a sua vida. As dimensões mais frequentemente citadas fo-

ram: a biológica, a psicológica, a social, a cultural, a espiritual e a política. É importante ressaltar que cada enfermeira revelou uma composição diferente destas dimensões ao conceber o homem. Enquanto umas estabelecem esta composição através das dimensões biológica, espiritual e social, outras acreditam que as dimensões social e política, além da biológica, é que determinam o processo de viver dos homens. Isto revela a existência de uma diversidade nas reflexões produzidas por estas enfermeiras, originária, por sua vez, da diversidade de referenciais teóricos que embasam seu pensar.

A dimensão social do ser humano, apesar de estar presente no discurso da grande maioria das enfermeiras (apareceu em 10 entrevistas), revela diferentes significados ou entendimentos da questão. A idéia de "social" enraizada nas falas das enfermeiras diferencia-se na medida em que se mostram diferentes suas concepções de mundo. Assim, pode-se perceber na fala transcrita abaixo, uma interpretação de ser humano enquanto um ser social inserido na totalidade das relações sociais:

"... o ser humano, para mim, é produto das relações com os outros homens e seu mundo em comum numa dimensão espaço-temporal, isto é, histórico-social". (Badejo)

Por outro lado, o "social" para algumas enfermeiras traduz simplesmente uma das partes atribuídas na composição do "todo", do "integral" do ser humano, esta última, provavelmente, fruto do contato com o discurso holístico muito difundido atualmente na enfermagem. Aponta-se aí para uma concepção equivocada, pois mesmo considerando a possibilidade de um ser integral, um todo indi-

visível, este todo é fragmentado em partes a fim de caracterizá-lo mais concretamente, evidenciando, assim, a grande influência do pensamento funcionalista. Isto nos leva a refletir sobre a fragilidade ou até mesmo a superficialidade com que construímos nossos referenciais teórico-filosóficos, uma vez que muitas vezes adotamos conceitos como verdades únicas e inquestionáveis.

Ao tentar verbalizar como se revela este caráter social no cotidiano, a maioria das enfermeiras reportou-se a aspectos relacionados diretamente ao modo de viver do indivíduo. Diz uma entrevistada, procurando explicar a "parte social" do ser humano:

"... seria tudo que cerca este indivíduo, a vivência dele, cada um tem um social infelizmente, ... a nossa realidade não deixa um padrão ideal para todos." (Jubarte)

As dimensões biológica e psicológica, referidas com muita frequência, no depoimento de algumas enfermeiras aparecem como expressão única ou conjunta do ser humano, ou seja, são formas inseparáveis de expressão da matéria, em outros, surgem como aspectos distintos da pessoa.

Retratando o primeiro caso, um participante coloca que a concretização da materialidade do homem passa pela expressão de suas relações num determinado momento histórico, uma vez que

"... ele (o homem) se constitui de si mesmo e do mundo dele, pois é produto de todas as relações históricas, seu próprio corpo físico é reflexo do cenário em que vive." (Badejo)

Por outro lado, apesar de existirem alguns esforços no sentido de buscar novos referenciais que não só se contraponham ao

paradigma dominante, mas que efetivamente respondam aos questionamentos emergentes na sociedade atual, percebe-se que o paradigma cartesiano ainda impregna o pensar da maioria das enfermeiras:

"... o homem é um complexo tanto físico, como mental. E uma máquina fantástica..." (Plâncton)

"... é um ser vivo, tem as suas necessidades humanas básicas, fisiológicas, psicológicas, de realização. Tem o corpo, as funções, o organismo..." (Atobá)

"... eu acho que não podes definir o ser humano num todo. E cabeça, corpo e alma." (Benedito)

Além disso, está claro que esta visão mecanicista preconiza uma gradativa especificação do corpo humano constituindo uma fragmentação, em primeiro lugar, corpo/mente, posteriormente, em especialidades particulares destas duas partes. Esta primeira fragmentação do homem, a dicotomia corpo/mente, trata as dimensões biológica e psicológica do ser humano como entidades ou organismos isolados, desarticulados. Nesta visão, cada um destes "organismos" compõem-se de inúmeras peças como se fossem verdadeiras engrenagens, cujo desvio é entendido como doença, isto é, o mau funcionamento do mecanismo biológico do corpo.

"E um ser extremamente complexo, tanto no aspecto biológico, a máquina, o corpo do homem, quanto no aspecto espiritual e psicológico." (Gaivota)

A cultura, outro aspecto lembrado por algumas enfermeiras, aparece como um conjunto de crenças e valores que determinam o modo de viver dos indivíduos na sociedade. Referindo-se às diferenças observadas entre o viver de um pescador morador de uma vi-

la pesqueira e o viver de um executivo de uma grande capital brasileira, uma enfermeira diz:

"... eles são diferentes porque têm papéis diferentes, desenvolvem atividades diferentes, têm expectativas de vida diferentes, esperam coisas diferentes da vida, encaram a vida de maneira totalmente diferente." (Frade)

Outra aborda a mesma questão, exemplificando como os aspectos culturais estão impressos nas marcas do dia-a-dia, em todos os momentos do próprio viver das pessoas:

"As pessoas que moram no Canto dos Araçás são muito mais pobres do que aquelas do bairro de onde eu vim..., mas me parece que aqui as pessoas são mais felizes. Não é que elas são mais felizes, elas são mais soltas, mais tranquilas. Chega ao final da tarde, acho até engraçado, sentam na beira da lagoa e daí passa um, e brinca com a criança, brinca com o cachorro. É uma questão de cultura..." (Seriola)

Poucas enfermeiras reportaram-se ou citaram em seu discurso a questão da espiritualidade humana. Ao perceber este fato, refleti sobre o que o poderia estar determinando, levando-me a levantar algumas possibilidades como: este aspecto não faz parte de seu referencial? Houve falha na condução da entrevista, deixando de abordar mais especificamente algumas questões? Ou ainda outras razões não lembradas aqui. Acredito, no entanto, que a influência cartesiana seja responsável por este fato, uma vez que fundamenta-se na concretude do corpo/mente, negando a espiritualidade humana.

Das 15 (quinze) entrevistadas, apenas 4 (quatro) referiram-se sobre dimensão espiritual do ser humano, entendendo este as-

pecto como algo inerente à vida humana e uma necessidade ou atributo almejado pelo homem:

"... buscar paz de espírito eu acho que é o principal, o que mais falta na humanidade. Isso a gente pode conseguir numa religião,... se apegando em algum processo, alguma coisa. Tem muitas pessoas que se apegam em deuses, budismo, a outras crenças, assim como outros se apegam à natureza,... no mar, a água transmite energia,... ela, às vezes, está calma, às vezes, agitada. A própria natureza, ela tem seus desencontros, assim como a gente também." (Benedito)

O ser político, aspecto inerente do homem enquanto ser social, aparece apenas na conceituação de duas entrevistadas, revelando, assim, como a visão do "social" que a grande maioria das enfermeiras explicitou aproxima-se mais de uma concepção equivocada das próprias relações sociais. Este aspecto está intimamente relacionado a questão de perceber o indivíduo inserido num processo histórico cujos atores e construtores são os próprios homens.

"... está dentro de um processo cultural, político. Assim, vai crescendo, aprendendo, se multiplicando, construindo e transformando até o próprio processo de relacionamento dos homens na sociedade." (Gorgônia)

Numa tentativa de conceituação observa-se frequentemente o uso de atributos para caracterizar o "objeto" em foco, visto que qualquer esforço neste sentido carrega consigo toda uma experiência de qualificação dos fatos, objetos, etc... Nestas entrevistas não foi diferente, um número significativo de enfermeiras referiu-se ao homem através de seus atributos como a racionalidade, a

liberdade, historicidade, além de caracterizá-lo como um ser em desenvolvimento, único e universal.

A racionalidade, atribuída ao homem, aparece fundada na questão básica que o diferencia dos outros animais, ou seja, o pensamento, o raciocínio. O raciocínio entendido como a qualidade do ser humano que partindo de qualquer proposição pode chegar a uma generalização maior ou mesmo a novas proposições.

"Prá mim, é um ser racional, ou seja, o único animal com 'razão', que tem a racionalidade como característica". (Larus)

"O homem é um habitante do planeta Terra, pelo que se sabe até hoje é o único habitante racional, que pensa" (Gaivota)

Por outro lado, esta característica aparece, às vezes, revelada mais concretamente nos atributos gerados a partir desta, como a inteligência.

"... o homem é um ser extremamente inteligente, só que a inteligência dele muitas vezes é mal utilizada..." (Halimeda)

Este atributo logo é relacionado às emoções humanas, isto é, a racionalidade é vista "pari passu" a efetividade quando o tema se conduz à questão de como se dá o processo decisório no indivíduo. Assim, para algumas enfermeiras o peso maior está na "razão", enquanto que para outras no homem prevalece o "coração".

"... acho que o homem é muito levado pelos sentimentos dele. Por mais que ele seja 'eu não sou coração, eu sou só razão', no fim o coração dele passa a mandar na razão" (Halimeda)

Outro aspecto citado pelos enfermeiros, que relaciona-se às já descritas dimensões do ser humano, diz respeito a sua complexidade. Nas entrelinhas percebe-se que este conceito traz no seu bojo a forte influência cartesiana revelada pela visão mecanicista do homem, fazendo uma leitura que ao mesmo tempo em que decompõe em partes, especifica cada vez mais o que é "ser" humano, traduzindo-o num fantástico mecanismo que quanto mais decomposto, mais complexo e desconhecido se torna.

Não se trata, portanto, da complexidade enquanto a possibilidade de vislumbrar o ser humano com profundidade em todos seus diferentes aspectos, bem como as possíveis relações entre tais aspectos, como encontrado numa fala de uma das entrevistas ao se referir às suas próprias relações, mas de uma apologia da impossibilidade:

"... traduzo-o em mim através das relações que tive com ele... Claro que este ser humano não foi sempre assim em mim, mas à medida em que me relaciono com ele, dele me apropriado na consciência e a cada relacionamento novo me 'engravado' de outro ser humano mais complexo" (Badejo)

Desta forma, entendo que ficam prejudicadas, consequentemente, as interpretações de integralidade, unicidade e universalidade explicitadas por alguns informantes. O único refere-se a características pessoais exclusivas de cada indivíduo, enquanto que ele é universal à medida que determinadas características ou circunstâncias, sem deixarem de ser únicas e pessoais, se expressam também nos e através dos outros indivíduos. A questão centraliza-se no modo de conceber tais características, pois ao invés de atribuir-lhes uma visão que possibilite a transformação na traje-

tória histórica de cada um, é interpretada à luz de uma visão mais estática, rígida.

Tais explicitações, de certa forma, parecem contraditórias a outras características também atribuídas ao homem e por isso interpretados como equivocadas: ser gregário e histórico, em desenvolvimento, em busca de liberdade.

Sobre a questão do desenvolvimento humano, assim como nas demais características citadas, as enfermeiras explicitaram interpretações variadas, guardando certa semelhança inclusive com as dimensões atribuídas ao ser humano. Estas diferentes e, às vezes, equivocadas interpretações revelaram conceitos ligados mais a aspectos de equilíbrio e adaptação

"Querendo ou não a gente foi criado num sistema, tudo gira em torno do sistema. Se tu não te adaptar ao sistema, ou tu te junta ou tu cai fora dele, porque a vida não passa de adaptações... Hoje, a vida é se pegar em alguma coisa pra te alicergar, pra tu poder sobreviver." (Benedito)

ou se mostram em determinados aspectos imbricados na própria história da sociedade e demarcam o potencial criador e transformador do homem:

"O mundo vai evoluindo a medida que o homem evolui... que vivencia um processo político onde cresce, constrói e transforma." (Gorgônia)

"E um ser em desenvolvimento contínuo e cumulativo... se desenvolve e vai mudando a medida que o tempo passa." (Frade)

A concepção de desenvolvimento se articula, em determinadas falas com um aspecto inerente ao ser humano enquanto um ser so-

cial e histórico, o que se revela tanto no próprio conceito de homem como nos demais temas abordados. Ao expressar seu pensamento acerca de como se constitui o ser humano, uma das informantes deixa clara esta questão, quando entende o componente histórico inerente às relações sociais.

"... é produto de todas as relações históricas dos homens. Seu próprio corpo físico é um reflexo do cenário em que vive." (Badejo)

Em relação a gregariedade, característica humana apontada como um dos principais determinantes do viver em sociedade, a mesma informante diz:

"... é dela que este (o ser humano) se forma, de sua relação 'racional' com o mundo e com os outros homens através de seu trabalho, prazer, paixão, razão... O trabalho é que determina essa gregariedade." (Badejo)

Cabe salientar que esta foi uma das únicas falas expressadas acerca do trabalho humano enquanto aspecto inerente e determinante das relações sociais. A pouca frequência com que este aspecto é citado talvez possa ser atribuída ao entendimento que as enfermeiras, de uma maneira geral, têm não só sobre o trabalho do homem e relação com a sua vida, de uma forma mais ampla, como também sobre seu próprio processo de trabalho profissional, mais particularmente.

COMO ENTENDEMOS A SOCIEDADE

Assim como nos depoimentos acerca do ser humano, ao falarem de sociedade, as enfermeiras além de tentarem explicitar suas concepções, muitas reportavam-se aos aspectos ou características de certa forma depreciativos. Além destes dados, foi possível encontrar em muitas destas falas características mais gerais da sociedade, diferentes determinantes do viver em sociedade e potenciais da mesma (anexo 6 - Quadro 2 - A concepção de sociedade).

A partir dos diversos conceitos emergidos das expressões dos entrevistados, foi possível visualizar aspectos fundamentais que diferenciam suas concepções acerca da sociedade. Enquanto que para algumas, sociedade restringe-se ao significado de agrupamento de pessoas ou grupos, para outras este conceito passa pela representação das relações dos homens entre si, sendo que poucas chegam a entendê-la como o próprio conjunto das relações sociais.

O entendimento de sociedade enquanto um agrupamento de pessoas ou de grupos de pessoas surgiu em 5 (cinco) depoimentos:

"... são todas as pessoas que vivem no mundo..."
(Halimeda)

"é agrupamento, reunião de pessoas..." (Gaivota)

"... grupos de pessoas com objetivos comuns, onde estão todos os grupos vivendo juntos..." (Chelonia)

Entendo que os depoimentos acima revelam uma dura realidade da profissão no que diz respeito a amplitude do embasamento teórico dos profissionais. Tais depoimentos traduzem uma visão extremamente simplificada, diria até simplista sobre sociedade,

pois sequer são mencionadas as relações entre os homens e destes com a natureza na trajetória histórica da construção da sociedade. Neste momento, revela-se uma nítida negação do ser essencialmente social do homem, além de mostrar uma contradição em relação à conceituação de ser humano, uma vez que no discurso destas enfermeiras, como já comentado anteriormente, o "social" aparece, apesar de considerado um simples atributo.

Além disso, ao considerar que os homens vivem em sociedade com objetivos comuns, as enfermeiras reafirmam uma concepção alienada e ingênua que oculta aspectos determinantes do processo de viver dos homens na sociedade vigente como sua inserção no processo produtivo, a divisão de classes, etc...

Um outro grupo de enfermeiras (10 no total) já esboçam ou mesmo demarcam em seu discurso uma concepção mais ampliada de sociedade ao estabelecer como referência para este conceito as relações entre os homens. Assim, para algumas a sociedade se constitui a partir das e nas relações estabelecidas entre homens apenas. Não está contemplada nesta interpretação as relações dos homens com a natureza, relações estas que completam o ciclo do processo de produção.

"Pessoas, grupos que se formam e se relacionam ..." (P. Anjo)

"Forma como os homens vivem juntos e se relacionam" (Marlin)

Em outros depoimentos percebe-se que a questão se amplia mais ainda ao ser impingido um caráter mais dinâmico à sociedade num verdadeiro processo histórico, além de aparecer claramente

outro componente até então não citado, a organização das relações sociais:

"... processo de relacionamento cultural e político dos homens." (Gorgônia)

"... organização das relações humanas..." (Frade)

Em apenas um depoimento foi possível encontrar uma conceitualização mais completa de sociedade, onde são apontados além de seus elementos constitutivos básicos, seu caráter histórico.

"... conjunto das relações sociais sob uma base econômica-mercantil histórica." (Badejo)

Ao serem questionadas sobre como constitui-se a sociedade, algumas enfermeiras reportaram-se a dois componentes básicos: a base econômica e a questão das "instituições normativas".

Na base econômica está implícita a idéia da sociedade ocidental, ou seja, dos homens viverem em torno de um sistema capitalista de produção, onde a própria reprodução da vida do trabalhador se dá em função da produção. Da mesma forma, aparece um outro elemento que compõe o conjunto, sendo incluídas aí as leis, as normas gerais de organização da sociedade. Cabe salientar que a junção destes dois componentes, o sistema produtivo e a questão "normativa", surgiu somente numa das entrevistas, sendo que nas demais a única estrutura citada foi a "normativa".

A questão aqui denominada de "normativa", na verdade emerge dos depoimentos das enfermeiras com interpretações diversas, apesar de apresentarem um único eixo central, uma estrutura formal e informal de aspectos políticos e culturais que "normatiza" o vi-

ver em sociedade. Assim, observa-se que a questão "normativa" pode ser entendida como algo imprescindível à organização das relações sociais, ou como algo imposto com a finalidade de controle destas relações, ou ainda, como algo "sobrenatural", parecendo uma criação externa ao homem surgida para padronizar seus comportamentos.

Ainda sobre esta questão, foi possível observar que um número significativo de enfermeiras, 10 das 15 entrevistadas, ao expressar seu pensamento sobre a sociedade, referiam-se depreciativamente a aspectos postos na sociedade vigente e não apenas a uma conceituação abstrata. Estes aspectos aparecem carregados de expressões que mostram uma preocupação com a realidade social imediata mais concreta, ou seja, na ótica destas enfermeiras a sociedade está representada pela distorção social, a divisão de classes, uma relação de dominação entre os homens e uma forma de controle do comportamento social. Tais aspectos são facilmente encontrados nos depoimentos:

- sobre a divisão de classes:

"tem alguns mais privilegiados e outros menos..."
(Plâncton)

"... tem uns que criam as regras, outros que acatam, se moldam às regras..." (Marlin)

- sobre a distorção nas relações sociais:

"A sociedade... ela não está equilibrada..." (Gorgônia)

"Há a dependência um do outro de forma injusta"
(Halimeda)

"As coisas estão todas erradas..." (Jubarte)

- sobre a relação de dominação:

"Quem detém mais saber e dinheiro manda nos que ganham e sabem menos" (Marlin)

"Quem manda é quem tem o poder do dinheiro" (Halimeda)

"O poder gira em torno de dinheiro" (Benedito)

- sobre formas de controle do comportamento:

"a sociedade é cobradora, preconceituosa..." (Halimeda)

"A sociedade padroniza, massifica, rotula as pessoas..." (Plâncton)

"Ela (a sociedade) limita a ação das pessoas" (Marlin).

Apesar de não ter sido questionado diretamente no transcorrer das entrevistas, foi possível captar outras questões que permearam, ora implícita, ora explicitamente, o discurso das enfermeiras sobre sociedade. Uma destas questões trata do fenômeno que determina o viver em sociedade, quer dizer, o que move os homens a viverem em sociedade.

A busca de explicação para a gregariedade humana diferencia-se na medida em que o foco determinante é diverso. Duas das depoentes reportaram-se a fatos naturais para explicar a tendência gregária do homem, apontando como simples tendência ou como necessidade de realização.

"... esta é uma tendência natural do homem." (Gai-vota)

"Ele vive em sociedade visando a autoproteção do homem como espécie." (Frade)

Além da tendência natural surgiram, também, outras explicações cuja tônica se concentrou na questão das relações, sendo que para 6 (seis) enfermeiras este foco dirige-se às relações mais pessoais entre os homens, enquanto que para outras 3 (três), o que determina o ser grerário são as próprias relações sociais, isto é, a necessidade dos homens relacionarem-se entre si e com a natureza.

"Cada um tem um papel importante na reprodução social da vida." (Larus)

"Ela (a gregariedade) é determinada pelas relações sociais, através do trabalho, do prazer, da paixão..." (Badejo)

SAÚDE E DOENÇA: A NOSSA REPRESENTAÇÃO

Do mesmo modo como procedi na apresentação dos conceitos de homem e sociedade, aqui faço uma tentativa de interpretação do entendimento das enfermeiras acerca de saúde e doença à luz de minha visão de mundo, ou seja, o ato de apreender e compreender estes dados encontra-se impregnado dos conceitos e valores que atribuo ao fenômeno. Portanto, longe de pretender esgotar ou apresentar neutramente o assunto, busquei apresentar como as enfermeiras expressam esta temática a partir de seu cotidiano.

Assim, foi possível apreender interpretações distintas sobre a saúde e a doença, desde entendê-la enquanto bem-estar e mal-estar até concepções mais amplas que imprimem um caráter processual

e uma dimensão social à questão. Estas diferentes interpretações, que passo a apresentar a seguir, compõem o Quadro 3 - Saúde e doença: a representação das enfermeiras (anexo 6).

A clássica conceituação da OMS (Organização Mundial de Saúde) de 1948 apareceu no discurso de 3 (três) enfermeiras, sendo caracterizada ora na sua totalidade, ora representado por alguns elementos que o integram.

"... é completo bem-estar físico, mental e social." (Benedito)

"Bem estar geral do indivíduo todo, não só do corpo, e doença, o contrário, alguma coisa que se adquire e tem que se tratar." (Jubarte)

"É um linear muito pequeno entre bem estar e mal estar, como uma rede." (Peixe Anjo)

Sabe-se que nesta interpretação de saúde e doença encontra-se impressa uma visão estática e individual do fenômeno, uma vez que nega seu caráter processual e histórico, além de circunscrevê-lo ao indivíduo, isto quando não se restringe ao corpo deste indivíduo. Parece que o indivíduo torna-se mero expectador no próprio cenário, pois dele é expropriado o potencial criador e transformador da realidade. Assim, bem-estar traduz, na verdade, uma simples condição de adaptação do homem ao seu ambiente, sendo a doença por conseguinte a expressão da não adaptação ou desajuste do mesmo.

Já, outra enfermeira, declara que entende saúde enquanto o padrão de normalidade de determinados fatores da vida de um indivíduo, ou seja, determinadas condições necessárias ao desenrolar "normal" da vida. A doença, obviamente, é encarada como um des-

vio, um desajuste deste padrão.

"Saúde não é ausência de doença, mas o contrário, quando o indivíduo está no padrão normal dele. A doença é aquilo que sai do padrão normal do indivíduo" (Gaivota)

Ao referir-se a tal padrão, deixa claro que cada indivíduo tem o "seu" padrão normal, pois o que pode ser normal para a vida de uma pessoa, para outra pode significar um fator determinante de doença, isto é, de um desvio da normalidade. Deste modo, imprime um caráter estritamente individual ao fenômeno, esquecendo-se ou até negando toda uma determinação social a que este fenômeno está sujeito. Torna-se evidente uma redução conceitual que, provavelmente, reproduz-se no entendimento que tem da prática profissional em saúde.

A concepção ecológica de saúde e doença, representada pela Triade de Leavell e Clark* esteve presente num número significativo de entrevistas, isto considerando a diversidade de interpretações que emergiram das falas das enfermeiras. Cinco delas, embasaram-se nesta teoria para formular seus conceitos de saúde e doença:

"... é o estado de equilíbrio ou desequilíbrio do indivíduo." (Atobá)

"... é a relação de equilíbrio e desequilíbrio entre o homem e o meio ambiente." (Delfhinus)

*O model de Leavell e Clark é uma das principais teorias da multicausalidade das doenças, cuja base fundamental se firma na História Natural das Doenças. Para os autores, o aparecimento das doenças é determinado pela relação entre os três elementos essenciais: o homem, o ambiente e fatores determinantes das doenças, estabelecendo-se, assim, uma relação mecânica de equilíbrio e desequilíbrio (LEAVELL e CLARK, 1976).

"... é o equilíbrio tanto físico como mental ou alguma coisa que não está funcionando direitinho." (Plâncton)

"Doença é um desequilíbrio qualquer, físico ou emocional." (Halimeda)

"Doença é uma carência física, emocional ou social." (Chelonía)

Apesar de representar uma visão multicausal mais avançada não só à visão unicausal como às outras interpretações multicausais das doenças, a explicação proposta por Leavell e Clark, ainda traduz um pensar mecanicista de saúde e doença, reduzindo um complexo fenômeno social a uma simples relação causa-efeito. Falta-lhe o componente histórico, como afirma REZENDE (1989), pois assim acaba mitificando seu objeto, ou seja, construindo-o artificialmente.

Além disso, como nas demais concepções anteriormente comentadas, a dimensão social do homem é ignorada, supervalorizando e até considerando-o como um fator eminentemente biológico. Desta forma, o sujeito social é separado de sua produção, descaracterizando a origem social desses fatores (Breilh e Granda, 1989).

Observei, também, que um outro número significativo de enfermeiras refere-se às condições de vida dos homens ao expressarem seu entendimento sobre o tema. Condições de vida aparecem como fatores determinantes diretos do estado de saúde ou doença dos indivíduos, assim representando a questão:

"... é um processo dinâmico, onde o indivíduo saudável é aquele que deveria ter condições sócio-econômicas decentes, saneamento básico, emprego decente..." (Gorgônia)

"É o contexto e o tipo de vida que você leva, faz parte o que você representa na sociedade, o teu

papel na sociedade a casa onde mora, o transporte que usa, o lazer que tem, o prazer que tem." (Seriola)

Ao vincular saúde às condições concretas de vida do indivíduo evidencia-se uma tentativa de explicitar seu caráter social, embora observe-se que tal interpretação limita o entendimento do social a determinados fatores. Estes fatores aqui tomam a forma de alguns quesitos indispensáveis ao processo de viver humano como boa moradia, saneamento básico, transporte, lazer, entre outros, além das condições econômicas, onde o trabalho é destacado. Cabe salientar, a não explicitação ou até quem sabe negação feita ao contexto maior determinante da dimensão social humana, ou seja, os aspectos estruturais da sociedade.

Nesta ótica, torna-se evidente que o trabalho é interpretado enquanto um meio de subsistência do homem, ou seja, mero instrumento utilizado para satisfazer suas necessidades, estando inserido no conjunto das demais necessidades (alimentação, moradia, etc...) às quais é concedido igual valor. Observa-se, portanto, que o que ocorre remete a uma negação do caráter social do trabalho, isto é, sua negação enquanto base do sistema produtivo e fator impulsionador do processo histórico de construção da sociedade.

Apenas 2 (duas) enfermeiras parecem fundamentar suas concepções em pressupostos oriundos do materialismo histórico, pois relacionam o fenômeno saúde e doença com aspectos como a historicidade, as relações sociais e a inserção no processo produtivo. Estes aspectos, notadamente, diferenciam suas falas das demais concepções já comentadas aqui.

Observa-se nas interpretações destas duas enfermeiras que ao fenômeno saúde e doença imprime-se um caráter mais dinâmico, considerando-o um verdadeiro processo social e biológico e com historicidade própria. Assim, além de ser histórico, é também um processo determinado socialmente na medida em que o fenômeno é percebido como uma estrutura determinada pelas relações sociais, isto é, inserida e intrinsecamente articulada ao modo de produção e reprodução da própria vida como referido por Badejo:

"Processo inerente às relações sociais e determinado por estas..." (Badejo)

Aspectos inerentes ao sistema capitalista de produção também foram citados. A divisão de classes aparece como fator que indica diferenças no processo de viver dos homens e, portanto, saúde e doença depende da classe social a que o indivíduo pertence.

"Processo determinado social e historicamente que está intimamente relacionado à própria forma de viver do ser humano, processo que evidencia a própria condição de vida do homem. E evidenciado diferentemente dependendo da classe social a que o indivíduo pertence." (Larus)

Além das diversas interpretações acerca do processo saúde e doença, já apresentadas neste capítulo, foi possível encontrar outros comentários significativos sobre este fenômeno. Ao agrupar tais manifestações em possíveis dimensões atribuídas ao processo saúde e doença dividiu-se em "dimensões segundo a natureza do ser humano", "dimensões segundo o foco de atenção", e "dimensões segundo a natureza do fenômeno".

Nas "dimensões segundo a natureza do ser humano" nota-se a preocupação e a necessidade de explicitar seus conceitos explicando-os através de aspectos mais concretos e que façam parte de seu cotidiano. Assim, as dimensões mais citadas foram a fisiológica ou orgânica, a psicológica e a social, sendo que as demais dimensões como a histórica, a cultural, a espiritual e a econômica são referidas em poucas entrevistas.

Já, nas "dimensões segundo o foco de atenção" foram citados os seguintes possíveis focos: individual, familiar, grupal e social ou coletivo. Notou-se que a indicação de um determinado foco de atenção está necessariamente relacionada aos pressupostos que norteiam o conceito que cada uma tem acerca de saúde e doença. Desta forma, pode-se observar que em manifestações que citam o bem estar como referencial de saúde, invariavelmente, há uma referência a saúde do indivíduo, enquanto que os conceitos fundados no materialismo histórico já reportam-se ao aspecto mais social do fenômeno, sem esquecer, porém, de sua concretização mais imediata no indivíduo.

Em relação à natureza do fenômeno saúde e doença, tanto a dimensão natural como a social foram citadas, revelando, por vezes, a conjunção de ambas num verdadeiro processo. Por outro lado, em algumas citações aparece mais fortemente a influência da "natural", enquanto forças externas ao homem, oriundas provavelmente da natureza, que determinam seu processo de viver. Pode-se caracterizar aí uma nítida negação do social até mesmo nos fenômenos mais genuínos da vida.

E A NOSSA PRÁTICA, COMO SE DA?

Antes de apresentar as concepções das depoentes acerca da enfermagem, cabe registrar um fato interessante ocorrido na maioria das entrevistas. Ao serem indagadas sobre o que pensavam acerca da enfermagem, ou melhor, como conceituavam enfermagem, um número significativo de enfermeiras, num primeiro momento, respondeu ou que não sabia ou que achava muito difícil colocar em palavras o que realmente entendia por enfermagem. Pareceu-me que em ambos os casos, a barreira que se apresentava fundava-se na dificuldade de abstrair sobre um tema tão concreto para elas, uma vez que a enfermagem representava a concretização do seu cotidiano. Assim, as entrevistas seguiram, invariavelmente, o rumo da discussão das práticas desenvolvidas no dia-a-dia.

Mesmo assim, no decorrer das entrevistas, ao abordarem tais práticas, muitas enfermeiras expressaram seu entendimento ou até mesmo formularam uma conceituação para enfermagem. Antes de apresentar mais detalhadamente as práticas cotidianas das enfermeiras, tentarei descrever, brevemente, como caracterizam a enfermagem. Estes dados encontram-se sintetizados no Quadro 6 - Características da enfermagem e formas de praticá-la (anexo 7).

Pelo menos quatro interpretações distintas foram encontradas nos atributos caracterizantes da enfermagem, a saber: prática social, trabalho, ciência e arte.

Três das quinze entrevistadas caracterizaram a enfermagem enquanto uma prática social, reportando-se a diferentes aspectos na explicação deste fato. Enquanto algumas se fundamentam no fato e que aborda questões sociais, outra diz que é prática social por

por estar inserida num determinado momento histórico, num cenário social e nas relações sociais.

"Parece ser uma prática com um conjunto de atividades técnicas em saúde (ou doença), num determinado lugar e momento histórico das relações sociais, praticada por um ou vários de seus agentes sociais. Como qualquer outra relação social, está situada, também, num cenário social e sua prática se orienta e é determinado por este cenário." (Badejo)

Um número significativo de enfermeiras (8) caracterizou a enfermagem como um trabalho, atribuindo-lhe um caráter "profissional". Considero importante ressaltar esta indicação, podendo este fato significar um avanço relativo à forma como estes indivíduos enxergam sua profissão. Isto equivale dizer que, por mais superficial e fugaz que possa ser tal manifestação, há insinuações no sentido de inserir a enfermagem num processo mais amplo da sociedade, o processo produtivo.

Três delas, apesar de considerarem a enfermagem um trabalho profissional, a seguir se contradizem ao afirmarem que tem um caráter de doação. Isto revela, ainda hoje, a marcante presença do sentimento altruísta da época da enfermagem pré-profissional e início de sua institucionalização com Florence Nightingale impregnada nas falas destas enfermeiras, pois por mais que tentem considerar o trabalho uma tarefa profissional, ainda referem a necessidade de doação do profissional como um ato caritativo.

"A nossa profissão, por mais que se questione, lógico que é um trabalho profissional, mas eu acho que é um trabalho de doação, sabe eu acredito nisso. E você trabalhar para poder ajudar alguém, de alguma maneira." (Seriola)

Numa tentativa de análise desta expressão mesmo que preliminar e superficialmente, pode-se inferir que considerar o trabalho do homem como um ato de doação ao outro significa, dentre outras coisas, confundir ou até mesmo negar, em primeiro lugar, o caráter social do trabalho, em segundo lugar, o potencial criador e transformador do homem através de seu trabalho, e por último, negar o próprio sistema produtivo que constitui a sociedade e a divide em classes.

Outras manifestações acerca do tema se fizeram presentes, como a visão da enfermagem enquanto ciência e enquanto arte. Estas conceituações se alicerçam em explicações como

"E ciência, pois tem fundamentação científica própria e de outras ciências, além de que não é empírica. E é arte porque se utiliza da criatividade humana e é construída por atos humanos." (Plânc-ton)

É importante ressaltar que tais crenças, provavelmente, se fundamentam em conceituações oriundas do modelo da Dra. Wanda de Aguiar Horta, marco conceitual mais difundido nas escolas brasileiras de enfermagem. Em seus trabalhos, HORTA (1975, 1979) procurou firmar suas concepções de enfermagem como ciência, baseando-se em três pontos básicos: - os fenômenos que a enfermagem estuda são reais e passíveis de experimentação; - as teorias já desenvolvidas expressam relações necessárias entre os fatos e os atos; - suas conclusões inserem-se na certeza probabilística que explica tanto as ciências hermenêuticas como as empírico-formais.

O discurso das enfermeiras, como já comentado anteriormente, rumou para colocações acerca de suas práticas cotidianas. A partir destas informações e utilizando como referencial o trabalho desenvolvido por CASTELLANOS et al. (1989) sobre processo de trabalho na enfermagem, foi possível agrupar tais práticas em trabalhos com objetos e finalidades distintas e que utilizam diferentes instrumentos para sua concretização. Assim, apareceram práticas relacionadas ao cuidar (assistir), ao educar (orientar) e administrar.

"Cuidar ou assistir", como algumas enfermeiras designam este processo de trabalho, materializa-se de diversas formas, seja "ajudando", "ouvindo", "orientando", "conversando", "dando atenção", "tratando com humanismo".

"... principalmente, é ouvir as pessoas. É muito importante você ouvir e tentar passar segurança para ela... Ele (o enfermeiro) deve estar disposto a explicar ao cliente. Ele pode dar, indiretamente, muita assistência para a pessoa, orientar ela, ajudar ela." (Halimeda)

Além disso, assistir significa, também, considerar o contexto, o saber científico e o saber popular. Como instrumentos para o desenvolvimento deste processo de trabalho foram apontados técnicas e cuidados básicos, a consulta de enfermagem, as ações de vigilância epidemiológica e o trabalho junto a organizações populares.

Ao serem questionadas sobre o foco para o qual dirige o seu trabalho, as enfermeiras indicaram como possíveis focos o indivíduo, a família e a comunidade. Desta forma, está claro que não se referem ao objeto de trabalho sobre o qual é projetada uma possi-

vel transformação, mas estão apenas discriminando a quem assistem.

Quanto às finalidades visualizadas para o processo de trabalho "assistir ou cuidar", foram apontadas as seguintes: identificar problemas, atender carências físicas, psicológicas e sociais, além de promover o autocuidado. Ao apontarem estas finalidades ao trabalho da enfermagem, explícita ou implicitamente, estas enfermeiras estão imprimindo um caráter essencialmente técnico ao seu trabalho. Além disso, o relacionam muito intimamente ao aspecto físico e patológico, apesar de em alguns casos também citarem carências psicológicas e sociais.

"A enfermagem estaria ligada, relacionada à doença, no caso assistir uma pessoa, assim como um todo, as pessoas que estejam com essas disfunções orgânicas, com problemas, principalmente, físicos. Dar assistência pra estas pessoas ajudá-las através de cuidados, práticas de orientações, de promover o autocuidado, da própria pessoa se cuidar, ela saber se cuidar, não ficar dependente da enfermagem, ensinar a ela a se cuidar." (Atobá)

Percebe-se, também, que ao projetarem a finalidade, quer dizer, ao projetarem a que se destina seu trabalho, estas enfermeiras o fazem restritas a questão de identificação e resolução de problemas e carências, além de proporcionar ensinamentos para que a pessoa cuide a si mesma. Nesta perspectiva, observa-se que o levantamento da situação se focaliza num polo da questão, ou seja, a identificação de problemas, carências ou até quem sabe necessidades, sendo esquecida a identificação de estratégias de enfrentamento que os próprios indivíduos já possuem, bem como o potencial individual e coletivo de transformação da realidade.

É importante ressaltar que estas manifestações estiveram presentes em 6 (seis) entrevistas, o que pode ser considerado significativo num universo de 15 (quinze) enfermeiras.

Já, o processo de trabalho "educar", denominado por alguns como "orientar", esteve presente nas falas de 13 (treze) das 15 (quinze) enfermeiras entrevistadas. Em muitas falas o orientar, por vezes, incluía-se no bojo do assistir ou cuidar, levando-me a perceber que orientar, também, é considerado um ato ou aspecto inserido numa totalidade maior, o cuidado.

Neste tópico, ainda, verificou-se que a diversidade nas interpretações do significado do "educar" foi a tônica maior. Assim, pude encontrar nos depoimentos desde manifestações que expressam claras influências do discurso eugenista*, cujo enfoque se dá na educação enquanto instrumento de adaptação social, reforçando-se práticas de higiene que nada mais são que normas e padrões de condutas. Tais normas dirigem-se, via de regra, às mulheres a fim de normalizar a vida familiar, uma vez que é sob responsabilidade destas que fica a saúde de si própria, dos filhos, enfim, da própria família. O exemplo apresentado a seguir retrata bem esta situação:

"Na pediatria tem muita coisa para fazer, conversando com a mãe sobre o sono da criança, sobre a alimentação dela, aproveitando o tempo que a mãe fica esperando, ver como é a vestimenta da crian-

_____.

*Eugenista refere-se ao discurso de educação em saúde vigente no início do século, cujo objetivo era racionalizar a conduta frente às doenças, reforçando as práticas de higiene, além de servir de base para argumentar a favor da tutela das classes populares. Desta forma, implementava-se uma estratégia de controle da vida da população, uma vez que lhe seriam ditadas normas de conduta e padrões de moralidade e normalidade (COSTA, 1986).

ça, se ela está muito agasalhada ou não, a higiene dela. Eu acho que a enfermeira é mais capacitada para isso daí, porque ela tem mais formação, tem mais condições de observar essa coisa e ao mesmo tempo em que faz o diagnóstico de enfermagem desse problema já toma uma atitude rápida para essa mãe poder absorver uma orientação." (Chelonia),

até percepções do processo educativo que privilegiam a práxis enquanto objeto e finalidade deste processo de trabalho, imprimindo-lhe um caráter de transformação social, como observado numa das manifestações acerca das dificuldades enfrentadas no cotidiano:

"eu gostaria de abordar mais as questões sociais... A gente tem esse dever não só como profissional, mas antes disso, como cidadão, não se pode separar as coisas, aqui eu sou profissional, lá eu sou cidadão, isso não existe, é uma forma alienada de ver as coisas. Pois, como cidadão, tem outras formas de agir, as formas organizacionais da população, sejam elas oficiais ou não, ou seja, é refletindo e agindo politicamente." (Marlin)

Assim como no processo de trabalho "cuidar", equivocadamente, ao "educar" também foram apontados como possíveis objetos aqueles a que se dirige o trabalho, ou seja, o indivíduo, os grupos (família, gestantes, hipertensos, etc...), comunidade, escolas, organizações populares. Este fato revela, possivelmente, uma dificuldade pela qual praticamente a maioria das enfermeiras passa velada ou declaradamente na sua trajetória profissional, qual seja, não ter a compreensão sobre o próprio processo de trabalho. A partir disto, pode-se inferir que não compreendendo o processo de trabalho que desenvolvem, as enfermeiras acabam mitificando os elementos que o compõem, "visualizando" e revelando o que seus olhos acreditam ver, ou seja, uma imagem projetada muitas vezes

por outros e tomadas como genuínas para seu trabalho, o que em última análise, pode levar a uma visão alienada acerca do trabalho.

Foram referidas, também, algumas finalidades pretendidas no processo de trabalho "educar", que diferenciam-se conforme a concepção de educação que permeia o pensar da enfermeira: prevenir problemas, promover o autocuidado ou melhorar as condições de saúde, garantir a reprodução do sistema, buscar a reflexão e ação política dos homens, além de buscar a independência e liberdade dos indivíduos.

As finalidades que se referem à promoção do autocuidado e da prevenção dos problemas parecem trazer no seu bojo fortes influências do modelo ecológico de saúde e doença de Leavell e Clark. Alguns autores como POSSAS (1989) e REZENDE (1989) comentam que a maior contribuição desta teoria foi a proposta de escalonamento dos níveis de operacionalização das ações de saúde, sendo que para isto os autores apresentaram 5 diferentes níveis de atenção. As duas finalidades citadas, a promoção da saúde e a prevenção das doenças, situam-se nos primeiros dois níveis de atenção à saúde.

A melhoria das condições de saúde da população aparecem como finalidade do trabalho em 4 (quatro) depoimentos e se referem não só a questões físicas e psicológicas, mas abordam, principalmente, aspectos sociais do processo saúde e doença.

Em duas entrevistas foi possível observar que ao apontar as finalidades do processo de trabalho de enfermagem, tanto numa visão geral, como mais especificamente no "educar", estas enfermeiras indicaram não só o virtual produto que concebem para seu tra-

balho, mas indicaram também, o que perpassa as práticas vigentes. Desta forma, apresentaram críticas aos atuais procedimentos, uma vez que estes visam, na verdade, a simples manutenção do sistema garantindo assim a continuidade da alienação dos homens.

Por fim, cabe comentar ainda os depoimentos que se aproximaram de concepções mais críticas de educação. Estas interpretações se revelaram em falas que expressam a finalidade do trabalho da enfermagem a partir de questionamentos e de uma forma integrada, quer dizer, apreendendo este trabalho de uma forma global, contextual e comprometido com a realidade social.

"O homem precisa de liberdade... A liberdade do ser homem livre das amarras de si mesmo e dos outros homens. Livre na individualidade de seu corpo e na complexidade potencial de sua consciência. Como uma profissão situada agora, neste tempo, neste espaço, nestas relações sociais, vejo o enfermeiro como um elemento articulador e facilitador em busca dessa liberdade." (Badejo)

O processo de trabalho "administrar", segundo as enfermeiras, é visto como restrito à sua categoria, pois argumentam que é atividade que vem sendo desenvolvida particularmente por enfermeiras.

Como objeto deste trabalho foram apontados o pessoal de enfermagem, o material, a área física, a unidade de saúde e a assistência de saúde. Constata-se, novamente, uma diversidade na interpretação do que seja "administrar" na enfermagem ou na saúde. Enquanto para algumas "administrar" significa direcionar seu trabalho à otimização dos recursos (materiais e humanos) necessários para a realização das ações de saúde desenvolvidas por eles próprios ou por terceiros, outras já entendem que "administrar"

encontra-se no bojo de questões mais amplas como o planejamento em saúde.

No primeiro caso, como aponta CASTELLANOS et al. (1989), o processo "administrar" se concretiza como um meio de trabalho do processo de trabalho médico, ou seja, vai proporcionar condições para a efetivação deste. Já, na segunda alternativa visualiza-se uma forma mais ampla de conceber as atividades administrativas da enfermeira, pois já possibilita, mesmo que sutilmente, ações direcionadas a assistência de saúde de uma forma mais globalizante, e não estritas aos meios pelos quais se desenvolve esta assistência.

Cabe ressaltar que no processo administrar não se estabelece uma relação direta dos sujeitos envolvidos (enfermeira-cliente), mas ela é intermediada pelas demais categorias de enfermagem ou ainda outros agentes. Portanto, a materialização deste processo de trabalho se dá através de formas já convencionais na enfermagem e que são traduzidas pelas expressões "coordenando", "chefiando", "supervisionado". Percebe-se, no entanto, que tais expressões apesar de terem significado diversos para as enfermeiras representam o modo pelo qual desenvolvem seu trabalho, independente da finalidade pretendida, que pode ser a resolução de problemas ou mesmo direcionar esta assistência.

"... tem a parte da administração que não deixa de ser do enfermeiro. E a relação com o pessoal de enfermagem, a chefia. A parte de treinamento de pessoal, de orientações profissionais, de administração da unidade de saúde, aquela burocracia. Eu acho que é importante porque tem que ter alguém ali, não que mande, mas que coordene aquilo ali, dê um caminho pras coisas, resolva os problemas do dia-a-dia." (Atobá)

Parece-me que é esquecida ou negada a origem histórica deste "status" de coordenadora ou chefe tão comumente buscado e aceito pela enfermeira. Acredito que não é questionado, nem mesmo lembrado que tais atividades podem ser resultantes da expressão de autoridade que não é sua, mas é a autoridade da instituição e que seu papel, na verdade, aproxima-se ao papel de um "feitor" que intermedia os conflitos entre os trabalhadores da enfermagem e a instituição. Ao criticar a postura da enfermeira, uma das entrevistadas aborda justamente esta questão salientando que tal fato se deve a falta de consciência de classe:

"Eu acho que ele (o enfermeiro) tem desempenhado um papel de feitor de escravos, que o feitor não é o senhor do escravo, mas ele defende os interesses do senhor do escravo." (Frade)

DA CRITICA A UMA NOVA CONCEPÇÃO DA POSTURA DA ENFERMEIRA

A reflexão acerca da enfermagem nos remete, invariavelmente, a pensar e explicitar o que concebemos sobre seus agentes, principalmente, aos aspectos referentes à enfermeira. Nestas entrevistas não foi diferente, pois no transcorrer da análise percebi que um número significativo de domínios emersos das falas dos entrevistados se referiam à enfermeira.

Neste ponto da entrevista, foi possível perceber que as enfermeiras não se ativeram a teorização sobre a enfermagem, mas se reportavam aos aspectos mais concretos de sua prática para expressar seu pensamento. Assim, iniciavam suas falas criticando,

entre outros aspectos, as atividades e a postura da enfermeira. Simultaneamente ou a partir desta crítica, muitos apontavam para posturas que entendiam como mais adequadas a este agente. Desta forma, considereei imprescindível organizar uma taxonomia que contemplasse estes dados, pois além de reunir uma significativa de informações, tais expressões são de extrema riqueza.

Da análise destes dados, surgiu a taxonomia que passo a apresentar a seguir, Da crítica à uma nova concepção da postura da enfermeira (anexo 8). Dentre os itens mais criticados acerca da postura da enfermeira, aparecem a falta de compromisso com a profissão, o relacionamento impróprio e a manifestação do caráter "feminino" da profissão. Já, ao conceberem uma outra postura, ressaltam que a enfermeira deve ser mais competente e assistir a clientela com qualidade.

Como um dos aspectos criticados na postura da enfermeira aparece a falta de compromisso com a profissão, que no entender dos depoentes passa pela falta de iniciativa e de postura crítica da enfermeira, pois no seu cotidiano, sistematicamente tem se limitado às determinações ou "normas" estipuladas pelas instituições empregadoras. Alguns comentam, ainda, que mesmo aquelas enfermeiras mais questionadoras e críticas com o passar do tempo assumem posturas mais submissas, não se posicionam e acabam "entrando no sistema". No entanto, salientam que, frequentemente, a enfermeira não se posiciona, não assume uma postura mais crítica, por insegurança, medo de se expor, de expor suas idéias, de questionar, o que em última análise, concluem, é medo de se libertar.

"... ele se limita tanto ao que é estipulado e não vai além daquilo, parece que coloca uma viseira e

daqui para frente ele não vê. Tem as exceções, mas em geral 'é assim: é aquilo que eu tenho que fazer, então é isso que eu vou fazer', e ele esquece de ter uma visão total das coisas." (Jubarte)

No bojo das questões que caracterizam a falta de compromisso profissional, as enfermeiras entrevistadas ainda apontam outros aspectos que colaboram para isto, como a falta de desenvolvimento intelectual, ou seja, a enfermeira "não estuda", "não reflete", "não discute". São lembradas como possíveis causas deste fato a postura "tarefeira" que assume ao preocupar-se basicamente com o controle das atividades desenvolvidas por ela e pelos outros trabalhadores da enfermagem, além de estar submetida a más condições de trabalho que dificultam, por vezes até impossibilitam seu aperfeiçoamento profissional. Como consequência disto, surge a insegurança, o medo de se expor, de explicitar suas idéias, de questionar, enfim, de criticar, o que aparece claramente numa das intervenções:

"O enfermeiro, como ele não estuda, é inseguro, tem medo de levantar questões, medo de se expor, expor suas idéias, seus conceitos, de se libertar. Tem essas dificuldades por não estudar... quando ele é tarefeiro não tem tempo de estudar..." (Plâncton)

Nos últimos anos, tem-se verificado uma maior preocupação dos autores da área da saúde, de uma maneira geral, e da enfermagem, mais especificamente, em aprofundar a discussão em torno desta questão. Buscam, através da discussão de facetas diversas, desvendar as contradições escamoteadas pela profissão ao longo dos anos através de álibis incorporados acriticamente.

Em pesquisa realizada junto aos trabalhadores de enfermagem de um posto de saúde, KLEBA DA SILVA (1992) comenta que a enfermagem tem assumido um papel de "sub-oficialato" (expressão utilizada por Foucault) no conjunto da assistência prestada à clientela. Este papel é traduzido por ações desenvolvidas no sentido de controlar e garantir a ordem e a disciplina da clientela à espera de atendimento médico-odontológico, o ensino-aprendizagem sistemático da docilização. Desta forma, a enfermagem assegura o cumprimento da ordem médica-institucional, quer dizer, cumpre e faz cumprir "normas" que não são questionadas, criticadas, nem ao menos discutidas com a clientela.

Percebe-se a inexistência do exercício do questionamento, da reflexão e da crítica já durante a graduação da enfermagem, onde inicia o aprendizado da submissão da enfermeira, embora tenha que se ressaltar que na verdade o aprendizado da submissão feminina inicia-se mesmo antes de seu nascimento. GASTALDO e MEYER (1989) analisando a formação da enfermeira dizem que, sob normas rígidas da escola, sua conduta tem sido norteadas por regras que são impostas e que devem ser seguidas sem questionamentos, criticando o fato de que a escola exige o cumprimento da regra pela regra simplesmente. Concluem afirmando que isto faz com que a enfermeira encontre-se, hoje, uma profissional sem identidade, não produzindo um conhecimento que impulse a profissão ao encontro das necessidades da maioria da população.

Porém, cabe salientar que estas questões não se apresentam isoladamente, mas se articulam com outros fatores apontados pelas enfermeiras, como a falta de consciência política e, conseqüente falta de participação. A falta de consciência política manifesta-

se, segundo elas, através do sentimento demonstrado por muitas enfermeiras que não "se sentem trabalhadores", quer dizer, falta-lhes a compreensão do significado do seu trabalho, não só individualmente, mas o que este representa no conjunto do sistema de produção da sociedade.

Como um dos pilares da construção desta consciência política, aparece, mesmo que sucintamente, a participação. Neste discurso, percebe-se a tentativa de articular a participação como um dos elementos imprescindíveis ao fortalecimento do compromisso profissional.

Cabe salientar, ainda, que as expressões emitidas pelas enfermeiras sobre participação diferiam entre si, passando desde a idéia de que "participar é se reunir" até compreensões mais elaboradas indicando a importância da "participação nas entidades organizativas da classe". Nestas poucas intervenções sobre a questão não foi possível perceber uma preocupação maior com a qualidade desta participação, ou seja, ainda não está bem claro o entendimento que estas enfermeiras têm acerca do tema. Parecem não conceber, ou pelo menos não explicitaram, que participação implica num processo de gestão, decisão e usufruto.

"... a gente não se reúne para discutir, para melhorar, a gente não paga nem o COREn e acha que o COREn não faz nada. As pessoas sozinhas não vão fazer nada..." (Plâncton)

Sobre as relações que as enfermeiras estabelecem no seu cotidiano, as depoentes enfatizaram determinadas "maneiras distorcidas ou impróprias de se relacionar" na enfermagem, cujas raízes, notoriamente, são históricas. Ao mesmo tempo em que assume

uma relação de submissão ao profissional médico e a outros profissionais de nível superior, transforma-se no dominador ao relacionar-se com os outros trabalhadores da enfermagem e, principalmente, com a clientela, sendo denominado por uma das enfermeiras como "dominador dominado".

"Existem profissionais que acham que o certo é ter que obedecer, ficam naquela relação do mando mesmo, de poder. E daí a mesma relação que eles têm com os que os dominam, eles passam pros que eles podem dominar. Esse dominador dominado transfere pros outros que ele domina." (Plâncton)

Esta questão está intimamente relacionada a postura "em cima do muro", já comentada anteriormente. Algumas entrevistadas apontaram enfaticamente para o fato de que a enfermeira assume o discurso do patrão como seu, defendendo ferrenhamente a instituição, esquecendo-se de também é uma trabalhadora assalariada, ou seja, falta-lhe consciência de classe.

"O enfermeiro é o capataz da fazenda que vai lá com o chicotinho na mão, sendo que isso lhe dá uma certa sensação de poder e que não tem base em nada, é falsa. Acho que o enfermeiro não tem consciência que ele também faz parte da massa não se sente como trabalhador, parece que trabalhadores são eles, os outros." (Seriola)

Com certeza, contribui para isto a não aceitação do status "inferior" em que é colocada em relação, principalmente, ao médico, o que ingenuamente busca através do falso poder conferido-lhe pelo patrão. Assim, desconhece o processo social e histórico que determina estas relações e que culmina na solidificação da hegemonia médica no setor saúde.

"Talvez pelo próprio papel que ele tenha, socialmente imposto, não aceita a subserviência médica, ele se impõe em relação a sua equipe numa relação semelhante... existe mesmo uma questão de dominação via conhecimento, então é o enfermeiro que sabe, é o enfermeiro que conhece, é ele que detém o poder..." (Frade)

"Ela é autoritária com o cliente, ela se submete ao médico,... aquela frustração de ter que seguir a ordem médica, ela vai lá e descarrega no paciente ou nos subordinados dela, porque querendo ou não técnicos e auxiliares são subordinados à enfermeira, quer dizer, a chefe é a enfermeira." (Benedito)

Mas, me parece que tais questões não estão suficientemente discutidas, aprofundadas, pois ao mesmo tempo em que sinalizam para uma das grandes contradições da profissão, algumas depoentes não estabelecem a relação deste fato específico com a totalidade das relações sociais e com o modo de produção, nem reconhecem seu caráter histórico. Percebi isto ao notar que responsabilizavam, exclusivamente, a enfermeira pela relação que estabelece com os outros elementos da enfermagem, argumentando que a divisão social e técnica do trabalho se deve ao desejo da enfermeira de manter o poder:

"Essa questão da equipe de enfermagem eu questiono e acho que não existe, ou raramente existe, porque o enfermeiro para preservar sua questão de poder, dividiu claramente as atribuições." (Frade)

Nestas relações aparecem, também, outros elementos citados pelas colegas entrevistadas que determinam a postura da enfermeira frente ao seu trabalho e à clientela. Enfatizam a predominância do que chamam "caráter feminino" no trabalho da enfermagem,

que torna-o "doméstico" e "maternal".

A domesticidade na enfermagem se caracteriza, muitas vezes, pela forma com que a enfermeira vê seu trabalho, considerando-o uma continuidade de sua própria casa. Desta forma, acaba assumindo o papel de "dona de casa" que mantém a ordem e a organização de tudo, sendo tal fato camuflado, possivelmente, pelo rótulo do papel administrativo da enfermeira. Este fato traz implícita uma outra questão que, mais recentemente, vem sendo discutida pela categoria, qual seja, que deter o conhecimento da situação através da manutenção da ordem não significa participar da direção e muito menos deter o poder de mando e decisão.

LOPES (1987), em sua dissertação de mestrado, apresenta uma profunda reflexão sobre como se dá o trabalho da enfermeira através de suas relações, considerando ser uma atividade ligada quase que exclusivamente ao gênero feminino. A autora conclui que o trabalho da enfermeira não se caracteriza por ser público ou privado, antes de tudo é um trabalho feminino, e por isto, doméstico e desvalorizado. Afirma, também, que "no âmbito do trabalho, o ramo da saúde é um gueto feminino. São as mulheres as maiores responsáveis pela prestação formal e informal de serviços de saúde direta ou indiretamente; no entanto, estão à margem dos processos decisórios e de poder" (ibid., 1992, p.34).

Já, a questão maternal apontada pelas entrevistadas, aparece colocada da seguinte forma: mesmo gozando status de "dominadora", a enfermeira estabelece uma relação "maternal" com o paciente, ao tratá-lo com cuidado, fazendo por ele as coisas ao invés de torná-lo independente e, por vezes, até penalizando-se pelo seu estado. Isto pode apontar para uma forma um tanto cruel de se rela-

cionar, pois criando uma imagem de "mãe" cuidadosa e protetora, ameniza e até mascara sua carga dominadora.

"... é esse lado meio maternal da enfermagem, ela acaba subestimando um pouco a capacidade dos outros... Tem aquele modelo de enfermeiro: 'deite aí que eu vou dar um banhinho', 'mas eu quero tomar banho mais tarde', 'não, quem sabe tomamos banho agora, é melhor'. Tem esse lado assim." (Plâncton)

Mas, ao mesmo tempo em que procuram criticar a postura da enfermeira, algumas das depoentes preocuparam-se em apontar, também, caminhos em busca de uma nova ou outra postura para a enfermeira. Para isto, enfatizam dois aspectos que consideram imprescindíveis e articulados no delinear desta nova postura: a competência profissional e a assistência qualificada, ou seja, deixam claro que o que reclamam é mais competência para assistir com qualidade.

Na síntese das expressões acerca do "ser competente", são enfocadas as dimensões técnica, política e no relacionamento, sendo que nem todas entrevistadas articulam estes três elementos, enfocando, de acordo com sua concepção, mais uma ou outra dimensão do trabalho da enfermeira. A competência técnica é vinculada a questão do conhecimento científico e experiências práticas, assim como a busca de novas metodologias mais apropriadas para a assistência de enfermagem; enquanto que "ser mais competente" no relacionamento implica em ser mais "humano", trocar experiências, interagindo com as pessoas, e sobretudo, ser competente em melhorar a qualidade do próprio ser.

"É central para o enfermeiro, ser competente tecnicamente, no sentido de relacionamento... A ques-

tão da competência é tentar fazer as coisas fundamentadas, tem que estar estudando, buscando alternativas para as questões técnicas, questões sociais, psicológicas. A gente precisa de instrumentalização que a gente não tem." (Frade)

Já, sobre competência política, apenas 3 (três) enfermeiras se pronunciaram, entendendo que não basta competência técnica no desempenho de um profissional, mas que competência técnica está intimamente imbricada à postura política do indivíduo, ao próprio significado que dá ao trabalho que faz. Assim, competência política passa pela reflexão sobre a democratização das relações que a enfermeira estabelece não só com a clientela, mas com outros profissionais, bem como implica em assumir como direção a luta pela conquista da cidadania.

"Penso que temos que ter é democracia mesmo nas relações, nós temos que saber como relacionar, porque sem esse tipo de relacionamento você não consegue desenvolver um bom trabalho." (Gorgônia)

A SÍNTESE DO DISCURSO: UMA VISÃO DA REALIDADE

A partir da decomposição das informações encontradas nos discursos das enfermeiras entrevistadas, e ainda, não satisfeita com a análise até então realizada, lancei-me no desafio de tentar articular os conceitos decodificados no capítulo anterior, através de uma forma que contemplasse as concepções dos depoentes na sua totalidade. Assim, levantaria sinteticamente o marco conceitual que perpassa o discurso e a prática de cada enfermeira. Portanto, iniciei esta etapa, procurando proceder a articulação dos principais conceitos explicitados durante as entrevistas.

Com as informações sistematizadas através da representação esquemática do marco conceitual de cada uma das 15 (quinze) enfermeiras entrevistadas, passei a verificar as similaridades e diferenças que apresentavam entre si. Este trabalho resultou na descoberta de pelo menos 3 (três) concepções distintas da realidade que permeavam o pensar destas enfermeiras. Cabe salientar, que tais conceitos não se mostravam idênticos na sua expressão, mas se assemelhavam no seu significado, o que me levou a conside-

rar que as bases que os sustentam têm as mesmas origens.

Assim, as três formas distintas de compreender o mundo foram caracterizadas como os TEMAS emergentes das análises sucessivas dos dados. Como forma de identificar os três grupos e, simultaneamente, chamar a atenção para a vida marinha, fui buscar na literatura marinha os nomes para caracterizar os grupos: o tema I constitui-se do pensamento dos "CORAIS", o tema II das "ALGAS" e o tema III dos "DELFINES".

TEMA I: EM TODA RELAÇÃO, O HOMEM BUSCA UMA FORMA DE ADAPTAÇÃO

No tema I, encontra-se sintetizado o pensamento de um determinado grupo de enfermeiras, cujas bases se assemelham. Neste grupo, denominado de "CORAIS", encontram-se expressadas as concepções de 4 (quatro) das 15 (quinze) enfermeiras entrevistadas.

Um dos pontos comuns que aproximaram seu pensar, trata da forma como concebem o ser humano, o mundo, enfim, a realidade onde se insere. O homem é concebido como um ser em desenvolvimento, parte integrante de um dado agrupamento, denominado sociedade, que se constitui com a finalidade de garantir a sobrevivência de seus membros no impulso de preservar a espécie.

Buscando aprofundar a concepção acerca da sociedade, outros pontos podem ser destacados. Ela passa ser entendida, então, como um sistema mais amplo que contempla uma série de sistemas menores "articulados" formando seu conjunto. Está clara também, mesmo que de forma focalizada e simples, a idéia de que tal sistema tem por objetivo o controle social, ou seja, manter sob controle, princi-

palmente, o comportamento dos indivíduos.

Já, a questão do desenvolvimento, é percebida enquanto um processo vivenciado pelo indivíduo, no sentido de buscar seu espaço através da adaptação, ou seja, o sistema mantém o controle sobre o indivíduo que para sobreviver tem de se adaptar aos padrões "normatizados". Isto nos remete a uma outra questão, quando percebemos que tal controle é algo dado externamente ao indivíduo, isto é, há um "padrão de normalidade" que norteia seu comportamento, sua ação, sua consciência, enfim, a sua vida, mas é "instituído" sem sua participação ou desejo.

Estas breves pinceladas acerca do homem e sociedade já apresentam alguns subsídios que indicam que tais idéias têm sua base estruturada em pressupostos positivistas, sendo que estão mais fortemente influenciadas por uma de suas variantes, o funcionalismo. Esta corrente de pensamento tem dominado, ao longo dos anos, não só o campo da saúde, como todo o saber instituído socialmente e, segundo MINAYO (1992), se dedica à compreensão da estrutura social e da diversidade cultural, podendo ser sinteticamente explicada através de alguns pressupostos:

"a) as sociedades são totalidades que se constituem como organismos vivos. ... São sistemas onde cada parte se integra no todo como subsistema, produzindo equilíbrio, estabilidade, e sendo passível de ajustes e reajustes. b) Cada sociedade tem seus mecanismos de controle para regular as influências eventuais de elementos externos ou internos que ameacem seu equilíbrio. c) a integração se consegue pelo consenso através de crenças, valores e normas compartilhadas socialmente pelos subsistemas. d) a conceituação de progresso, de desenvolvimento e de mudanças é adaptativa." (p.46)

No discurso deste grupo de enfermeiras observa-se que a visão adaptativa permeia todos os conceitos. Este "moldar-se" do indivíduo repercute em todo seu processo de viver, pois representa estar integrado, adaptado, equilibrado, sendo que qualquer desvio deste virtual padrão, surge como forma de desequilíbrio, não adaptação. Um dos momentos em que isto se torna mais evidente trata do fenômeno saúde/doença, pois saúde passa a ser toda forma ou estado de equilíbrio alcançado pelo homem, enquanto que a doença se instala a partir de um determinado desvio do padrão estabelecido.

Assim, saúde e doença estão representadas por uma relação linear causa-efeito, onde é enfatizado o aspecto biológico individual, sendo o social compreendido simplesmente como modo de vida. Em geral, este modo de viver é traduzido através de determinados itens arrolados como sócio-econômicos (alimentação, habilitação, lazer, entre outros), mas que, na verdade, são compreendidos na sua concretização mais biológica.

A partir disso, deduz-se que "estar saudável" implica numa adaptação do ser humano a modos previamente padronizados de se comportar, de viver. Consequentemente, "estar doente" significa desviar-se do "normal", o que ocorre a partir da influência de uma série de fatores que agem simultânea ou isoladamente, sendo que para cada diferente fator corresponde um efeito diverso.

Na tentativa de tornar mais claro como ocorre esta relação, pode-se exemplificar com a seguinte situação citada por uma das entrevistadas: "Numa criança com diarreia, temos que procurar a causa que pode ser a ingestão de água ou alimento contaminado" (Benedito). Quer dizer, a doença diarreia se instala a partir da

ocorrência de um fato anormal na vida do indivíduo, de um desvio de sua conduta representado pela ingestão de algo contaminado, considerado "ruim" para sua saúde. Este fato anormal passa a ser considerado como o único e exclusivo desencadeador do fenômeno entendido como doença, cujo único e direto responsável é o próprio indivíduo. Esta lógica leva a pensar que cada indivíduo tem uma forma única, própria de adoecer e morrer, o que significa, em última análise, negar o caráter social do processo saúde e doença.

Percebe-se, também, uma significativa redução do processo saúde doença a um simples fato produzido por um determinado fator, quer dizer, não é percebida toda uma série de relações ligadas a esta simples ocorrência que inicia-se pela inserção do indivíduo num contexto histórico-social, passando, conseqüentemente, pela contextualização dos fenômenos, relacionando-os, numa visão mais ampliada, à estrutura social.

BREILH e GRANDA (1989), ao discutirem o método epidemiológico, apresentam uma crítica aos modelos tradicionais da epidemiologia cuja base é o método positivista. Dizem que as principais limitações se relacionam ao método utilizado para a investigação e explicação dos fenômenos, uma vez que "parte do objeto sensorial, tratando de encontrar os elementos que integram esse objeto através de um processo de análise e não torna a reconstruir o concreto pensado através da síntese" (p.18). Assim, o ponto de partida são as abstrações denominadas fatores que isoladamente se supõe que possam intervir com maior ou menor força no aparecimento de um problema.

Além disso, os mesmos autores apontam, ainda, para outro fator limitante da epidemiologia tradicional e que aparece no discurso destas enfermeiras, qual seja, a própria forma de interpretar a sociedade como um agregado de elementos homogêneos, de caráter basicamente natural, numa verdadeira "manobra" de naturalização ou ecologização dos problemas. Ao invés de interpretar os processos sociais como expressões de certos modos de produção, da divisão da sociedade em classes, e explicar as razões pelas quais os riscos de adoecer e possibilidades de manter saúde se mostram diferentemente nas diferentes classes sociais, é inventado "um sistema ecológico equilibrado, no qual o equilíbrio passa a ser sinônimo de normalidade ou bom funcionamento, portanto, tudo que rompe o equilíbrio é considerado como patogênico ou anormal" (ibid., p.19).

Estas concepções perpassam todos os modelos epidemiológicos chamados convencionais, ou mais claramente nas teorias uni e multicausal da doença, ou mais velada e disfarçadamente como no modelo da triade ecológica de Leavell e Clark, que representa uma variante mais dinâmica e desenvolvida da teoria multicausal. Mac Mahon (1975), um dos estudiosos da multicausalidade (modelo epidemiológico convencional), afirma que a epidemiologia tem o propósito prático de investigar as relações que oferecem possibilidades para a prevenção da doença. Só esta argumentação já indica a impotência de tal modelo na busca das verdadeiras causas do problema.

Estas interpretações, no entanto, revelam-se mais concretamente no modo de intervenção no processo saúde-doença, pois é nas ações cotidianas que este modelo se estabelece e se alimenta. Ao

comentarem sobre isto, BREILH e GRANDA (1989) afirmam que o modelo de multicausalidade tende ao pragmatismo, na tentativa de romper a cadeia causal suprimindo ou modificando as variáveis que atuam no aparecimento do problema, objetivando minimizá-lo, mas sem abordar as causas estruturais que poderiam desequilibrar o sistema. O próprio MAC MAHON (1975) afirma que pretende através deste modelo estabelecer uma rede de causalidade que possa orientar práticas preventivas.

Neste ponto, no entendimento dos "Corais", é que se destaca a atuação dos profissionais de saúde, no sentido de atender as carências e prevenir as doenças, promovendo o autocuidado dos indivíduos. A enfermagem cabe cuidar e orientar estes indivíduos para manutenção do "mais perfeito estado de saúde". Quer dizer, seu papel está vinculado à questão da doença, tanto no sentido de recuperar o indivíduo doente, como no sentido de prevenir possibilidades de adoecer. Estes aspectos podem ser melhor visualizados na Figura 1 que ilustra as concepções dos "Corais", apresentada a seguir.

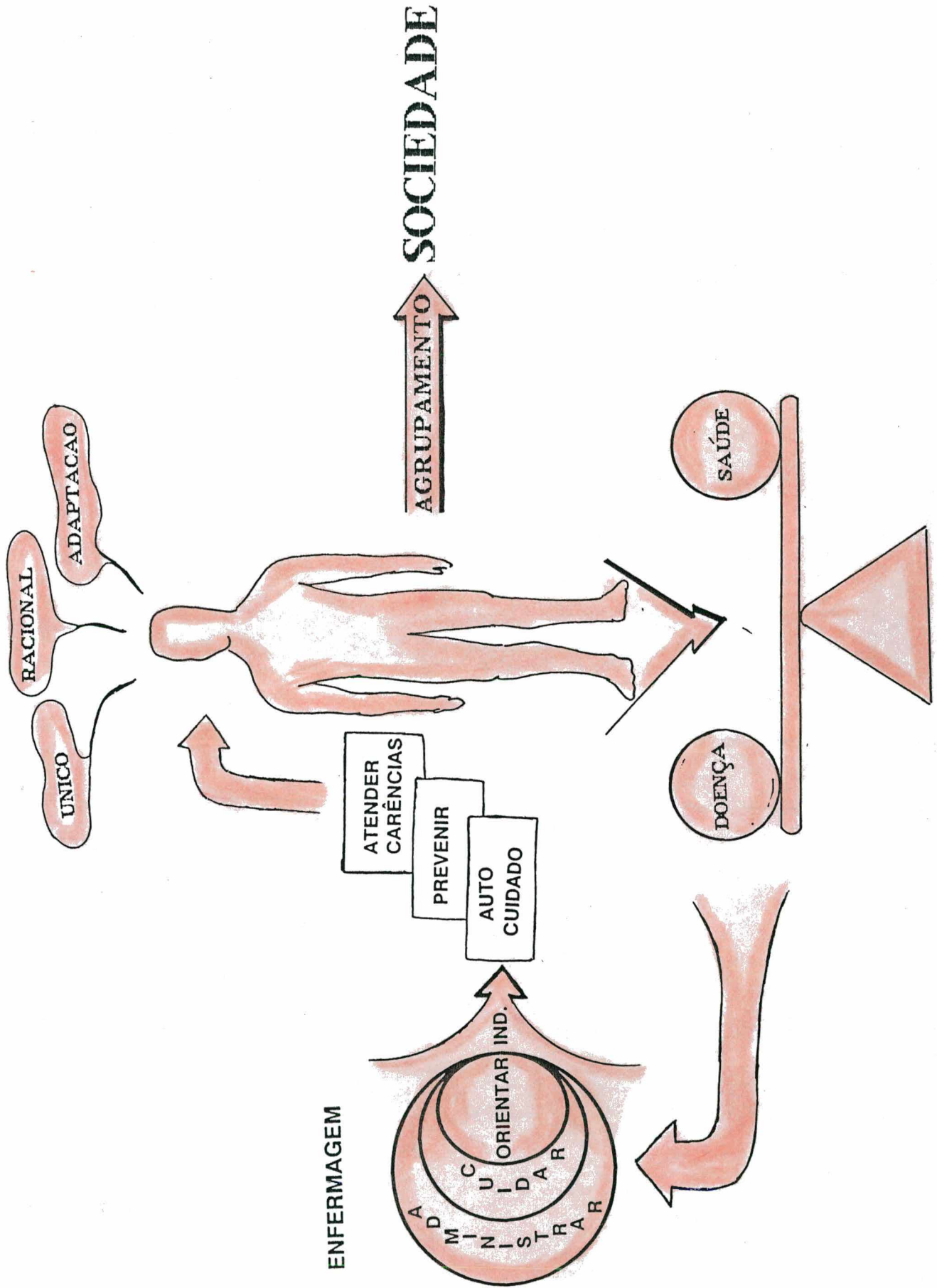


FIGURA 1; Ilustração do TEMA I - EM TODA RELAÇÃO, O HOMEM BUSCA UMA FORMA DE ADAPTAÇÃO.

Embora se considere a marcante presença do modelo biomédico na enfermagem, já é possível perceber nas entrelinhas indícios de modelos teóricos produzidos no meio intelectual da categoria e que permeiam o pensamento e a prática de enfermagem hoje.

Apesar da palavra "cuidado" aparecer com relativa frequência no discurso das enfermeiras, percebe-se que tem sido utilizada por muitos sem uma fundamentação maior. Poucos demonstram conhecer, mesmo que superficialmente, as teorias de enfermagem estruturadas a partir do e com o conceito de "cuidado". Sem dúvida, o aparecimento deste conceito na fala de algumas enfermeiras, relaciona-se ao avanço da produção e difusão do conhecimento desenvolvido na enfermagem, que embora, se inicie e se fortaleça nos meios acadêmicos, vem adquirindo tímida, mas já significativa repercussão junto aos serviços. Observa-se isto ao analisá-las pois ao estabelecerem sua prática através do "cuidado", ora parecem impregnadas pelo sentido expresso por OREM em sua teoria do autocuidado, ora adquirem contornos das idéias de LEININGER (1985), entre outras.

Os "corais" entendem que o cuidado (às vezes utilizado como sinônimo de assistir) delinea-se a partir de ações que se dão basicamente através da relação enfermeira/cliente, seja ajudando, ouvindo, conversando, seja dando atenção ou tratando com humanismo. Portanto, desta maneira o trabalho da enfermeira se caracteriza por uma relação de ajuda direcionada ao cliente. Considerando estes pontos, verifica-se uma aproximação muito íntima com alguns pressupostos do modelo criado por Dorothea Orem, que vislumbra para as enfermeiras o papel de ajudantes dos indivíduos ou grupos, buscando entendê-los como pessoas através de uma intera-

ção que objetiva manter ou mudar condições em si mesmas ou no seu ambiente (OREM apud MARRINER, 1986, p.119).

ALMEIDA (1989), ao analisar a contribuição de Orem, observa que a teorista se fundamenta em teorias sociais como a de Parsons, cuja base funcionalista é notória. Nela, evidencia-se a concepção de doença como estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo e a prática médica orienta-se no sentido de curar e prevenir a doença. Mas, observa-se que a enfermagem vem diferenciando seu discurso do da medicina quando diz que sua prática se orienta basicamente pelo "cuidado".

Em relação ao que aproxima o pensar deste grupo de enfermeiras às concepções de Leininger sobre cuidado, encontrei similaridades entre os chamados construtos do cuidado e as ações identificadas por eles. Tais construtos são formados por elementos identificados ou como atos de cuidar, ou atos que fazem parte do processo de cuidar ou, ainda podem ser objetivos do cuidar e somam uma infinidade de elementos que vão desde o "agir para", passando pelo "ajudar" e "confortar", até "ter generosidade" e "disposição para" (PATRICIO e BOEHS, 1988). Dentre estes os mencionados pelas enfermeiras encontram-se o próprio ajudar, ouvir o outro, dar atenção, além de atitudes relacionadas a uma forma mais humanizada de interagir como ter consideração, generosidade, respeito pelo outro.

Assim, a enfermagem é caracterizada de forma um pouco contraditória por estes enfermeiros. Ao mesmo tempo que estabelecem uma diretriz mais técnica vinculada aos aspectos da doença do indivíduo, começam a perceber a necessidade de humanizar cada vez mais a assistência de enfermagem. Esta busca pode ser interpreta-

da como uma tentativa de retificar o desvio que tem como foco dessa assistência a doença e resgatar o homem como seu centro.

TEMA II: EM SUA INTEGRALIDADE, O HOMEM DESENVOLVE A SI MESMO E A SOCIEDADE

O grupo das "Algas" compõe-se de sete enfermeiras cujas concepções sobre a realidade se assemelham em vários aspectos, apesar de se mostrarem diversas em determinadas idéias. Assim, apresentarei e discutirei aqui, uma síntese dos pontos onde as idéias destas enfermeiras se aproximam e se reforçam.

As "Algas" entendem que o homem é um ser, simultaneamente, único e universal. Único, enquanto ser com características e essência próprias; e universal, na medida em que se assemelha aos outros homens. Isto é, cada indivíduo "carrega" em si uma bagagem de cunho biológico, social e cultural que, ao mesmo tempo em que afirma e expressa sua individualidade, indica, também, a expressão da sociedade em que vive.

Esta expressão não se dá de maneira estática, mas vai se construindo e transformando ao longo do tempo, uma vez que, segundo as "Algas", os indivíduos vivenciam um processo de desenvolvimento que se caracteriza pela mudança. Algumas relacionam esta característica mutacional com a dimensão histórica do ser humano, afirmando que "o homem é a expressão de seu tempo" (Fra-de).

Uma das dimensões do ser humano que se destaca no discurso das "Algas" é, sem dúvida, a dimensão cultural, pois observa-se

que permeia os diversos conceitos abordados em diferentes expressões e interpretações. Para umas, significa um conjunto de crenças e valores construído e vivenciado pelos indivíduos e grupos, o que influencia sobremaneira seu cotidiano.

Isto se revela mais concretamente nas crenças que guiam seus atos, no comportamento que adotam, nas condutas que experenciam. Uma das enfermeiras observa como é forte a influência cultural no comportamento dos indivíduos exemplificando com uma expressão bem conhecida: "Olha, o menino tá com carca caída" (Peixe Anjo). Esta expressão frequentemente ouvida nos serviços básicos de saúde, segundo ela, traz impressa suas raízes culturais (da clientela).

Despertou-me a atenção o fato de aparecer nestas expressões sobre o ser humano uma preocupação no sentido de buscar significados não só na concretude dos fatos, mas em outros elementos que compõe seu "ser no mundo". Invariavelmente, ao abordarem este tópico as enfermeiras enfatizaram como essência do homem, aspectos que se referem ao humanitarismo, apesar de referirem-se com expressões diversas como "bondade", "humanismo", "amor", "sociabilidade", "a pessoa ficar bem com ela mesma e com os outros", "ser bom", "ter respeito e consideração". Enfim, isto pode significar a busca de outros referenciais que desnudem a "dureza", insensibilidade que tem tornado o homem "quase uma máquina" recobrando e negando sua mais profunda e verdadeira característica, o "ser". Trazer à tona esta essência "humanitária" parece ser a tônica neste modo de ver o mundo.

Algumas destas idéias me parecem muito próximas aos postulados da fenomenologia, onde o significado das coisas assume caráter primordial. Para os fenomenólogos, o significado somente pos-

de ser entendido subjetivamente, afastando assim a possibilidade de distanciamento entre observador e observado. Assim, a verdade não se dá ao nível das sensações do indivíduo, mas passa pelo conhecimento dos membros de uma comunidade na formação de sua cultura (GARCIA, 1983).

Esta postura fenomenológica que supervaloriza a influência da cultura em todos os aspectos e setores da vida humana, é alvo de críticas de alguns autores, dentre os quais GARCIA (1983) que diz que desta forma os fenomenólogos acabam por reduzir e confinar os acontecimentos sociais à experiência imediata e ao consenso da comunidade. A concentração na experiência cotidiana na qual os indivíduos se encontram e interagem em termos de símbolos e significados convencionais, leva à negação da existência dos fenômenos estruturais.

A preocupação com o "humanismo" se acentua ao entrar em cena o conceito de sociedade, pois me parece que neste momento se revelam a indignação com a sociedade vigente, através de uma reflexão, mesmo que breve e superficial. Assim, surgem críticas à sociedade atual, descortinando uma série de injustiças sociais, que apontam para o empobrecimento do ser humano enquanto "ser" "humano" e, por conseguinte, as suas relações no conjunto da sociedade.

Assim, a sociedade é traduzida como o conjunto das relações humanas, que se dão com objetivos diversos, diferentes níveis culturais e econômicos. Algumas avançam um pouco mais e introduzem a esta rede de relações o elemento ambiente, ou seja, as relações na sociedade se dão entre os homens e destes com a natureza. Cabe salientar que nesta relação o ser humano sofre decisiva-

mente a influência do ambiente, sendo interpretado, por vezes, como produto do mesmo. Além disso, apontam para um outro componente até então não mencionado, a organização, sendo a sociedade entendida como a organização destas relações, as relações sociais.

A organização da sociedade determina uma série de acontecimentos na vida dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades, dentre os quais se destaca o processo saúde/doença. Saúde e doença representam a expressão do modo de vida dos indivíduos e pode ser sintetizada na colocação de uma das enfermeiras: "Faz parte o que você representa na sociedade, o teu papel na sociedade, a casa onde mora, o transporte que usa, o lazer que tem, o prazer que tem" (Seriola). Mais do que o modo de viver, esta enfermeira sinaliza para outros aspectos relacionados com a própria estrutura social, quando relaciona saúde à inserção do indivíduo na sociedade.

Apesar disto, quando pensam saúde estas enfermeiras, se por um lado, a entendem através de uma relação de equilíbrio/desequilíbrio, por outro, parece que tentam extrapolar a noção mecanicista do corpo. Mas, cabe salientar que apenas o fato de entender que ser saudável passa por uma série de determinações que se dão além do corpo individual, isto por si só não representa entender o processo saúde/doença em toda sua complexidade. Indica, talvez, uma preocupação no sentido de buscar a integralidade dos indivíduos, uma vez que é marcante a citação de bem estar integral ou geral, englobando os aspectos físico, mental, social e espiritual.

Além disso, o aspecto cultural, tão enfatizado por estas enfermeiras, pode ser relacionado com pelo menos dois focos distintos, mas intimamente imbricados, quais sejam, o significado de saúde e doença para os indivíduos e as práticas que desenvolvem na busca de seu equilíbrio ou harmonia. O primeiro engloba as concepções, crenças e valores que os indivíduos têm sobre ser saudável, adoecer e morrer, construindo verdadeiras redes de significados dos fenômenos que ocorrem em suas vidas, onde não só o palpável e concreto é valorizado, mas na mesma dimensão situa-se a crença na subjetividade humana. Já, em relação às práticas de saúde, as enfermeiras procuram enfatizar a importância da valorização do saber e costumes populares, pois muitos dos conceitos retomados por novas abordagens, hoje já estão incorporados na cultura popular. Os indivíduos, grupos e comunidades no seu processo de viver criam, desenvolvem e reafirmam determinados valores, significados, experiências que se perpetuam através das gerações pelo êxito na cura ou melhoria na qualidade de vida.

Autores ligados à fenomenologia dizem que a forma como a doença se expressa em diferentes culturas e o conhecimento sobre a mesma origina-se na experiência humana com o corpo, a qual pode alterar as unidades cognitivas fundamentais que sustentam o indivíduo e seu mundo. A partir disto, concluem que as alterações do corpo produzidas pela doença e a forma de tratá-las serão percebidas da mesma forma por aqueles grupos que estão mais próximos do indivíduo (família, grupos étnicos, religiosos, etc...) (GARCIA, 1983).

Ao expressarem seu pensamento acerca da assistência à saúde, as enfermeiras iniciam, invariavelmente, pela crítica. Crítica

sobre a forma como os serviços de saúde vêm se estruturando e desenvolvendo, quer dizer, voltado para o atendimento à doença que se instala, ao sintoma que se evidencia, ao sinal que aparece, desvirtuando assim, a assistência à pessoa, ao ser humano integral. Para estas enfermeiras, a assistência à saúde deveria ser guiada por uma série de pressupostos no sentido de atender o ser humano integralmente, procurando respeitar e compartilhar de suas crenças e práticas relacionadas à saúde.

A enfermagem, assim como as demais profissões da área da saúde, deve voltar-se para uma assistência mais humanizada, procurando resgatar o que cada um tem de melhor, ou seja, trabalhar no sentido de buscar alcançar o potencial máximo de cada pessoa. Para isto, utiliza instrumentos como a visita domiciliar e a consulta de enfermagem que podem propiciar a aproximação enfermeira/cliente, num relacionamento menos superficial, possibilitando um maior conhecimento do indivíduo e sua situação de vida. Ao referirem-se às finalidades de seu trabalho, as enfermeiras reportam-se a diferentes momentos do mesmo, como se algumas finalidades fossem pré-requisitos de outras: identificar problemas, atender carências, promover o autocuidado, melhorar as condições de saúde e de vida dos indivíduos.

Apesar destas finalidades apontadas pelas "Algas" representarem uma ampliação, se considerarmos as finalidades indicadas pelo grupo anterior, ainda assim, me parecem um pouco restritas e direcionadas pelo modelo biomédico. "Identificar problemas" como finalidade, no meu entendimento, reduz substancialmente o processo de trabalho da enfermeira. Se por um lado, pode indicar que este se restringe apenas aos problemas, desvios, desajustes, des-

considera as possibilidades e potencialidades do(s) indivíduo(s) na sua resolução; por outro, reforça mais ainda esta visão, na medida em que a ação do profissional não ultrapassa os limites da investigação, sendo esquecida a sua real atuação nas formas de encaminhar a questão. Com estas colocações não pretendo negar a importância que reveste a ação de identificar problemas, situações, etc., mas tentar mostrar que pode ser entendida como um rico instrumental a ser utilizado ao longo do trabalho, ou seja, deve sempre fazer parte de qualquer método de trabalho como uma etapa que subsidia outras.

Projetar a "melhoria das condições de saúde e de vida dos indivíduos" como uma das finalidades de seu trabalho pode significar o esforço destas enfermeiras em ultrapassar os limites, em primeiro lugar, do corpo físico, a seguir do próprio corpo do indivíduo, passando a considerar também outros determinantes de seu viver. Quer dizer, se o indivíduo se constitui de dimensões que vão além de seu corpo físico, biológico, da mesma forma deverão ser pensadas as finalidades do trabalho da enfermagem dirigido a este(s) indivíduo(s).

Até aqui, pude perceber que o discurso destas enfermeiras parece revelar a situação que vivenciamos nos dias de hoje em todas as áreas do conhecimento, a diversidade de interpretações da realidade cotidiana e as diferentes formas de buscar sua transformação. Assim, toda construção teórica passa a ser impregnada com diversos pensamentos que permeiam as ciências na atualidade, evidentemente que com maior ou menor influência de uma ou de outra corrente.

Neste sentido, acredito que determinadas linhas que influenciam o pensamento na enfermagem atualmente, mostram-se claramente aqui. Estas idéias se aproximam de certas correntes que derivam da sociologia compreensiva como a fenomenologia e o holismo, apesar de trazer no seu bojo fortes influências do pensamento funcionalista.

GARCIA (1983) comenta que a crítica à abordagem fenomenológica no campo da saúde tem caminhado no sentido de mostrar que a maioria das proposições práticas destes teóricos, como os programas alternativos de autocuidado, atenção primária de saúde por pessoal não profissional, entre outras, foram sendo apropriadas pelo Estado, como forma de reduzir relativamente os orçamentos estatais para a área social. Isto ocorre paralelamente à crise econômica do Estado, ou seja, são implementadas medidas baratas como resposta às crescentes demandas da população, o que significa onerar uma vez mais os usuários das políticas sociais.

Não é à toa que estas enfermeiras preocupam-se com uma visão mais integral do ser humano, tentando resgatar valores como sua "humanidade", "bondade". Apesar de não representar uma concepção holística, a intenção de frisar a integralidade do ser humano já se aproxima consideravelmente desta proposição teórica, revelando, assim, a presença de outras correntes no campo da saúde. Ela traz no seu bojo os seguintes pressupostos que de certa forma sintetizam o pensamento deste grupo de enfermeiras: - a saúde tem de ser pensada como um bem estar integral: físico, mental, social e espiritual, - os indivíduos devem assumir a responsabilidade inalienável frente às questões de sua saúde, - as práticas da medicina holística devem ajudar as pessoas a desenvolver atitudes,

disposições, hábitos e prática que promovam seu bem estar integral, - o sistema de saúde deve ser reorientado para tratar das causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam a doença, - as pessoas devem se voltar para a harmonia com a natureza, utilizar práticas e meios naturais de tratamento (MINAYO, 1992).

A síntese das idéias que permearam o discurso do grupo das "Algas" foi possível ser traduzida através de um desenho esquemático que está representado na Figura 2 apresentada a seguir.

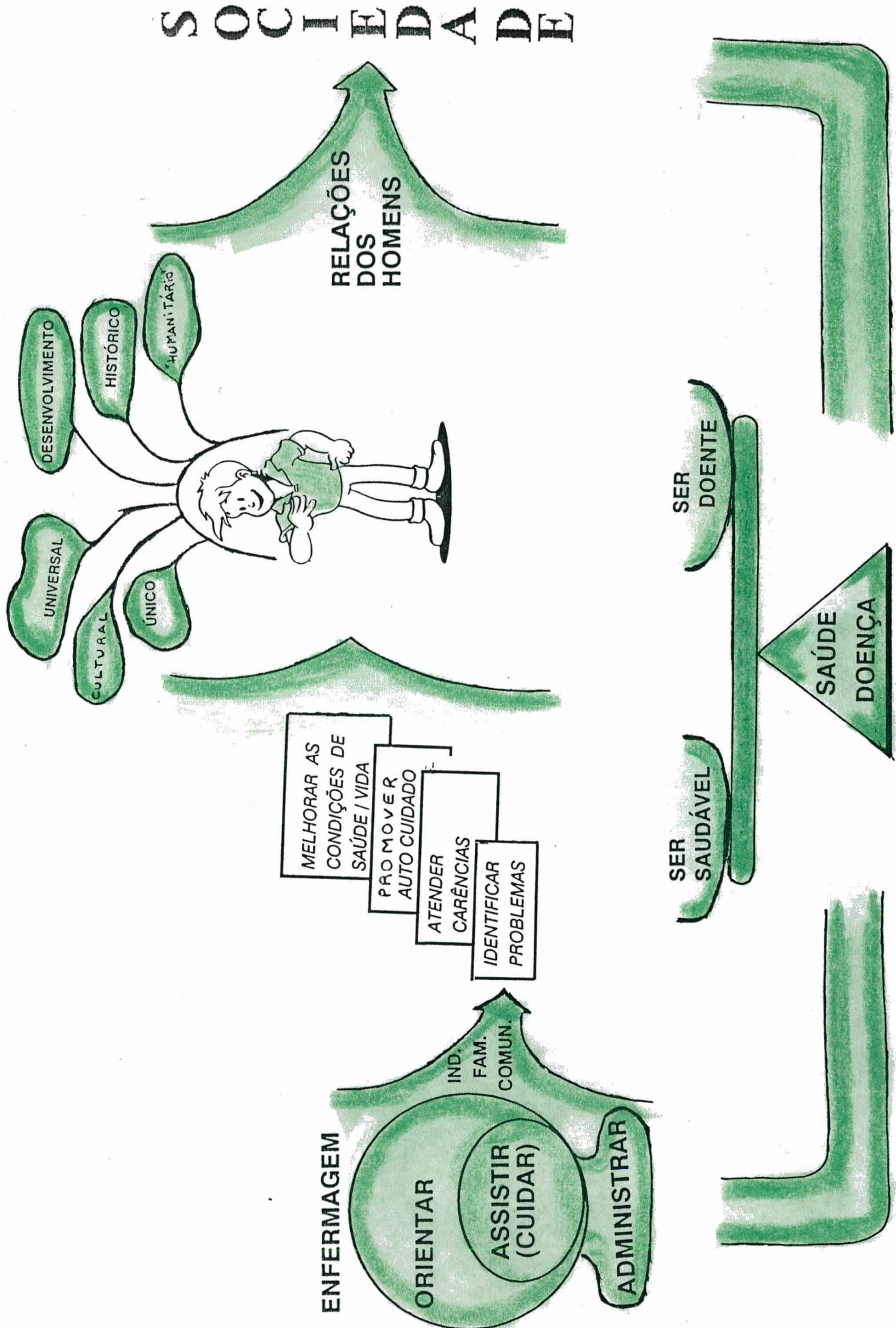


FIGURA 2; Ilustração do TEMA II - EM SUA INTEGRALIDADE, O HOMEM DESENVOLVE A SI MESMO E A SOCIEDADE.

TEMA III: O HOMEM COMO SER SOCIAL: A BUSCA DA TOTALIDADE

Finalmente, no TEMA III encontram-se sintetizadas as idéias de mais um grupo de enfermeiras (três delas), os "Delfins". Cabe salientar, que nesta síntese, como nos demais temas, procurei expressar as concepções que predominam e se assemelham nos discursos destas enfermeiras, sendo, portanto, não o retrato do que cada uma expressou, mas a composição resultante da análise das informações.

Na minha interpretação, o que diferencia as concepções dos "Delfins" dos demais grupos são determinados conceitos que predominam em suas concepções como relações sociais, historicidade, totalidade e cidadania, que permeiam toda sua fala. Percebendo esta aproximação nos seus discursos, tentei sintetizar suas idéias num só modelo, que antes de ser entendido como algo concluído, "pronto para uso", pois correria o risco de reduzir o próprio pensamento destes enfermeiros, deve ser interpretado como uma tentativa de abrir o debate para o aprofundamento das questões aqui levantadas. Outro aspecto a ser considerado trata das aproximações do pensamento destas enfermeiras com o marxismo, que embora não se apresente de forma integral e "pura" em todos os conceitos, parece subsidiar algumas concepções que têm acerca da realidade.

Uma das características marcantes desta síntese é, sem dúvida, a forma dinâmica como se apresenta, pois mesmo se tratando de conceitos um tanto estanques, a interrelação destes conceitos se dá de forma tão íntima e dinâmica que expressa a realidade como um verdadeiro processo, cuja representação apresento a seguir.

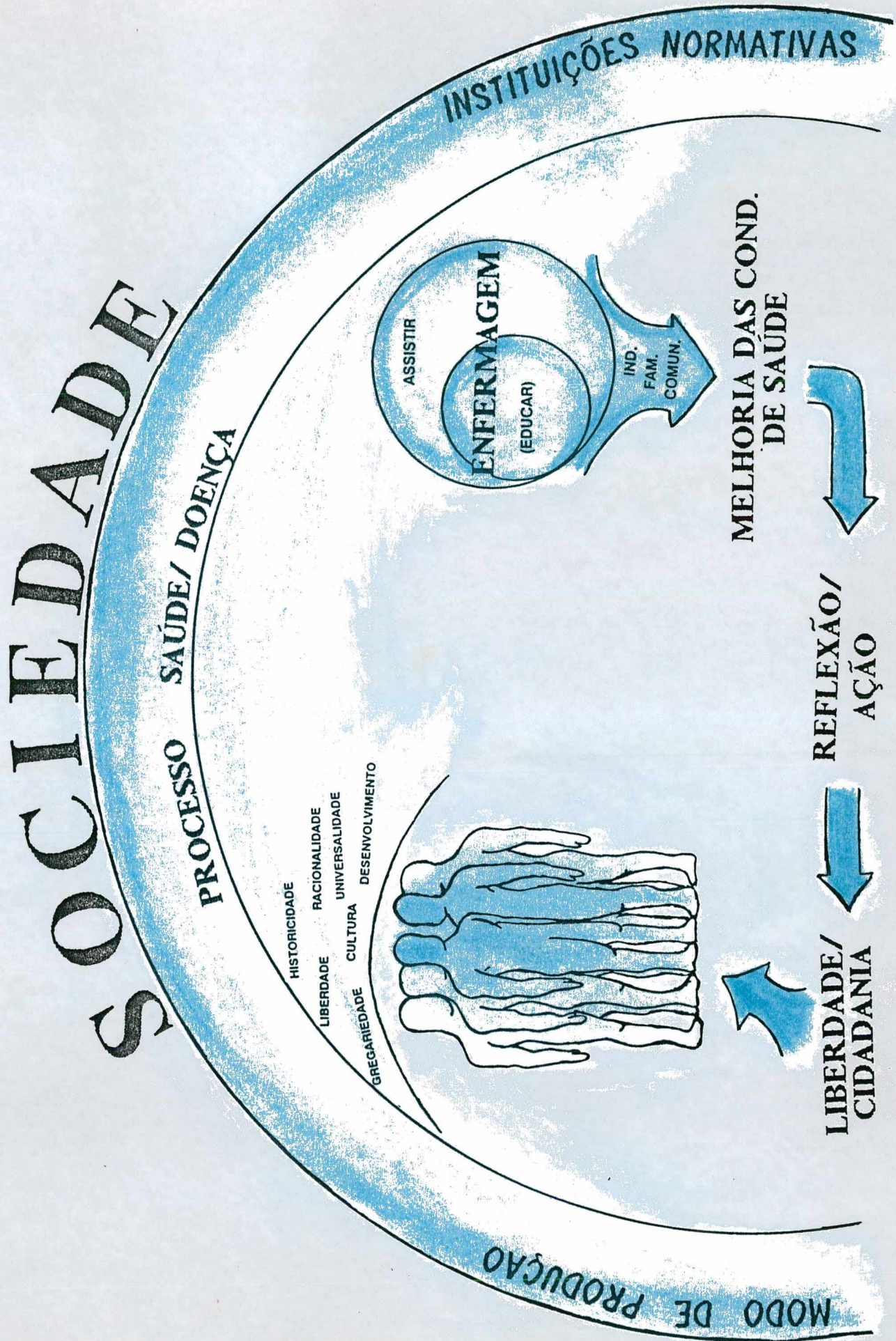


FIGURA 3: Ilustração do TEMA III - O HOMEM COMO SER SOCIAL: A BUSCA DA TOTALIDADE.

Assim, o homem só é concebido a partir das relações sociais que estabelece com outros homens e a natureza num determinado momento histórico, isto é, ele é produto das relações com os outros homens numa dimensão espaço temporal. Isto não traduz uma negação da subjetividade humana, mas mostra que esta é entendida como a expressão da individualidade de cada um nestas relações.

Encontramos semelhanças destas idéias com o pensamento de HELLER (1989) (estudiosa do pensamento marxista) que diz que como dimensões ao mesmo tempo diversas e simultâneas, por isso mesmo, não excludentes, o ser genérico e o ser particular do homem submetem-se sucessivamente um ao outro "mudamente", quer dizer, sem se tornar consciente. Para a autora, um homem jamais representa ou expressa a essência da humanidade, pois é através da dinâmica de sua particularidade que produz a satisfação das necessidades do "Eu".

Ao referir-se ao genérico, a mesma autora comenta que este está "contido em todo homem e, mais precisamente em toda atividade que tenha caráter genérico, embora seus motivos sejam particulares" (HELLER, 1989, p.21). Assim, exemplifica colocando que a categoria trabalho tem frequentemente motivações particulares, mas que a atividade trabalho, enquanto socialmente necessária, é sempre atividade do gênero humano. Este aspecto aparece no discurso dos "*Delfins*" quando se reportam ao trabalho humano para explicar sua gregriedade, sendo o primeiro determinante do segundo. Mas, segundo eles, não só o trabalho motiva o viver e o ser gregário do homem, como também a razão, o prazer e a paixão que movem seu viver.

Como um dos "ingredientes" que constituem o ser humano, se destaca a liberdade potencial que carrega em si e se manifesta até nas mais alienantes situações de vida. Ao mesmo tempo em que é apontada como uma característica, enquanto potencial, a liberdade emerge também como finalidade a ser alcançada nas relações que se estabelecem hoje em nossa sociedade.

Neste momento, me parece faltar algum indicativo no sentido de mostrar o potencial humano de criação e transformação de si mesmo, da natureza e das relações que estabelece com os outros homens, enfim, do conjunto das relações sociais. Para GRAMSCI (1987), cada homem vivencia este processo de transformação e mudança individual, na medida que transforma e modifica todo o conjunto de relações do qual ele é a referência central.

Para os "Delfins", é o conjunto das relações sociais que determina a existência da sociedade, sendo evidente seu desdobramento em pelo menos duas grandes estruturas que a rege. Uma se caracteriza pela base de troca mercantil, que em suma, traduz o modo de produção, onde o trabalho se torna um elemento central e decisivo no estabelecimento das relações e, a outra, abrangeria as "instituições normativas" que regem os comportamentos, valores, enfim, as próprias relações sociais. Entendo que mesmo de forma rudimentar e incompleta, está expressa aqui a estrutura social apontada por GRAMSCI (1987), quando desdobra a sociedade em dois componentes básicos: uma infraestrutura baseada no modo de produção, isto é, no modo como os homens se organizam para sobreviver, e uma superestrutura que se constitui formal e informalmente, com ingredientes culturais e políticos que reforçam e estabilizam a infra-estrutura.

Uma crítica que surge na fala destas enfermeiras diz respeito ao acirramento das diferenças entre as pessoas, revelando direitos diferentes, deveres distintos, oportunidades, chances, condições de sobrevivência diversas. Tal acirramento, se por um lado desvela uma crítica à injustiça social, por outro, mostra a consciência da divisão da sociedade em classes, o que vai repercutir em todo seu entendimento sobre o viver em sociedade.

É no bojo das relações sociais que surge o conceito de saúde e doença, sendo entendido pelos "Delfins" como um processo, simultaneamente, inerente e determinado pelas relações sociais. Processo porque não evidencia uma forma estática de "estar", mas revela uma situação de vida inserida num determinado cenário e momento histórico. Por estar intimamente relacionado à própria forma de viver dos homens, este processo se caracteriza por diferentes e imbricadas dimensões, quais sejam, biológica, psicológica e social.

Por entender a sociedade dividida em classes, estas enfermeiras, acreditam também que este processo de viver saudável e adoecer é vivenciado diferentemente nas diferentes classes sociais. E mais que isto, a depender das especificidades que ocorrem dentro de uma mesma classe social, entendem que há diferenças entre os próprios grupos sociais inseridos numa mesma classe.

POSSAS (1989) ao propor um modelo teórico-metodológico que resgate a epidemiologia social como ciência capaz de integrar os avanços do conhecimento biológico numa perspectiva de abordagem do social, coloca que tornou-se insuficiente atribuir à diferença de classes, os diferenciais nos perfis epidemiológicos de diferentes grupos populacionais. Para a autora,

"A utilização exclusiva do conceito de classe social acaba implicando a redução do fenômeno epidemiológico à natureza das relações de produção nas sociedades capitalistas, daí decorrendo um duplo erro. O primeiro, o de reter a análise em nível de abstração necessariamente elevado, sem chegar a alcançar a população concreta. O segundo, o de restringir - sem especificá-los - os padrões de risco à sua dimensão estritamente produtiva, implícita no conceito de classe, notadamente em sua visão marxista." (POSSAS, 1989, p.193)

E a partir das relações sociais estabelecidas num dado momento histórico e das determinações do processo saúde doença, que no entender dos "Defins" que se estruturam, se firmam e se reafirmam as diferentes profissões que vão atuar na saúde e na doença. Assim, a enfermagem enquanto conhecimento e prática no universo do campo da saúde, se estrutura bordando seus limites e possibilidades no conjunto das relações sociais.

Como um conjunto de técnicas em saúde, a enfermagem se concretiza através de diferentes formas de trabalhar, como "assistir" (cuidar) e "educar" (orientar). A assistência, é entendida como o conjunto de práticas desenvolvidas pela enfermagem, onde se insere a prática educativa. Tais ações são voltadas para o indivíduo, família e comunidades, sendo destacado o trabalho junto às organizações populares, quer dizer, ao valorizar a organização social, revela-se todo um entendimento da importância da ação e participação política dos indivíduos.

Acerca dos elementos que compõem o processo de trabalho da enfermagem, foi possível perceber que não há um entendimento de sua totalidade, pois encontram-se explícitas apenas as finalidades e alguns instrumentos necessários a este trabalho e de forma

desarticulada. Apesar de indicar que o trabalho de enfermagem se dirige para indivíduos, família e comunidade, não está claro qual é seu objeto de trabalho, pois não revela se este trabalho se dá junto ao corpo físico ou à consciência, ou ainda, sobre a práxis* dos indivíduos. Me parece que fragmentar o indivíduo em suas diversas inserções na sociedade, família, comunidade, é uma das críticas levantadas na visão marxista, pois o homem só pode ser entendido a partir das relações sociais, núcleo que exprime simultaneamente sua particularidade e generalidade.

Alguns indicativos podem ser percebidos quando são levantadas as finalidades do trabalho da enfermagem, isto é, para que ele se dirige, sendo apontadas a melhoria das condições de saúde da população, a busca da reflexão/ação política dos indivíduos, tendo como fim último a conquista da cidadania e liberdade humana. Percebe-se que as finalidades apontadas apresentam-se num grau crescente de complexidade, mas que necessariamente não fazem parte de um mesmo processo de trabalho.

Alguns trabalhos desenvolvidos na enfermagem atualmente têm se preocupado em discutir não só como se dá o processo de trabalho da enfermagem dentro da abordagem do modelo clínico-individual, mas também, debatido e apontado alguns subsídios acerca do trabalho a partir do modelo de saúde coletiva. E sob esta última visão que GONZAGA (1992) apresenta um conjunto de reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem enquanto processo educativo em saúde. A autora aponta para a práxis, simultaneamente,

*Práxis se refere a toda atividade humana consciente, concreta e transformadora, diferenciando-se de qualquer atividade prática pelo seu caráter simultaneamente objetivo e subjetivo, ou seja, por ser atividade teórico-prática, ação guiada pela consciência e vice-versa (VASQUEZ, 1986).

como objeto e finalidade do processo educativo em saúde, sendo o objeto de trabalho interpretado como a práxis cotidiana-conservadora, aquela que se revela apoiada no pensamento comum, imediato e fragmentário acerca da realidade e como finalidade a transformação desta em uma práxis crítica e criativa que se dá através de um contínuo processo que une dialeticamente reflexão e ação.

Ao finalizar estas palavras, o que não significa concluir a reflexão e discussão acerca do tema, procurarei resgatar sinteticamente os três temas emergentes do discurso das enfermeiras entrevistadas. Sobre cada um deles, além de apresentar um comentário final, sintetizo seus pontos fundamentais.

Acerca do Tema I, cumpre salientar a influência do pensamento funcionalista nas idéias apresentadas por estas enfermeiras da rede básica de saúde de Florianópolis. Apesar de revelar-se mais acentuadamente neste grupo denominado "Corais", permeou a fala, mesmo que ocasionalmente dos demais grupos. Como já discutido anteriormente, as marcas desta influência são percebidas na crença da busca da estabilidade da sociedade por meio da adaptação dos homens às "normas" ou leis gerais instituídas socialmente. Esta busca de equilíbrio se dá através do consenso, modo privilegiado de encobrir os conflitos, podendo ser interpretado, também, como uma das formas de firmar e reafirmar a alienação do homem. A partir de minha interpretação, assim sintetizo as palavras dos "Corais":

"Viver em sociedade implica num processo de desenvolvimento do indivíduo, no sentido de buscar sua adaptação às situações de vida, sendo a saúde e a doença traduzidas por uma relação linear de equilíbrio/desequilíbrio. A enfermagem cabe CUIDAR do indivíduo atendendo suas carências e promovendo sua adaptação por meio do autocuidado."

A este pensamento funcionalista, outras concepções têm tentado se contrapor, sendo que algumas com relativo sucesso no campo da ciência. Como correntes oriundas do pensamento idealista que tem se destacado nos últimos tempos, sem dúvida, tanto a fenomenologia como uma de suas variantes, o holismo aparecem galgando espaços. Como uma nova tentativa de compreender o homem e o mundo, estas correntes, mesmo que de forma parcial e fragmentada, mostraram-se presentes no pensamento das "Algas" revelando um resgate da essência humana através de sua integralidade, tanto na sua individualidade como da própria sociedade. Apesar de avanços em termos teóricos na enfermagem, estes pressupostos holísticos contidos em algumas das teorias de enfermagem ainda não repercutem significativamente na sua prática. Assim, traduzo o pensamento das "Algas" na seguinte síntese:

"A essência do homem consiste na busca da sua integralidade, onde a cultura se destaca, pois assume caráter fundamental no significado de saúde e doença que se revela através da harmonia de si mesmo e com os outros."

Já, os indícios da influência dos pressupostos da teoria marxista na enfermagem ainda são muito tênues, pois poucas manifestações são observadas neste sentido. As poucas enfermeiras que expressam uma visão que se aproxima em alguns aspectos desta teoria, o fazem, praticamente na sua totalidade, não por considerar uma tentativa coerente de explicar o mundo, mas busca em suas idéias fundamentação para entender e criticar as distorções na sociedade atual. Referem-se, na verdade, é ao modo capitalista de produção, que nos países do terceiro mundo traduz-se de maneira a

acirrar as desigualdades sociais de forma notória.

Entendo que estas enfermeiras alicerçam seu pensamento nas concepções do materialismo histórico e dialético na tentativa de construir redes de significações para as formas de relações estabelecidas na sociedade, além de fundamentarem a crítica ao modo de produção capitalista. Mas me parece o que não conseguem, ainda, é estabelecer mais nitidamente qual seria o caminho a ser percorrido pela enfermagem na construção do seu verdadeiro papel na sociedade, apesar de já vislumbrarem algumas necessidades e possibilidades. O pensamento dos "Delfins" pode ser sintetizado através da seguinte expressão:

"As relações sociais e sua historicidade determinam todo processo de viver dos homens, sendo o processo saúde/doença a expressão destas relações num dado momento histórico. A enfermagem, através de seu trabalho, se insere nestas relações visando a melhoria das condições de vida de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, por meio da reflexão/ação política, na busca da liberdade e conquista da cidadania."

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar encerrada ou concluída uma discussão como a que tentei construir neste trabalho, a meu ver poderia descaracterizar o caráter dinâmico e em formação das idéias aqui apresentadas. Entendo que a elaboração teórica construída ao longo deste estudo apenas revelou-me a necessidade de empreender mais esforços no sentido de aprofundar a reflexão e ampliar a discussão cada vez mais acerca dos temas aqui tratados.

Por seu sentido exploratório, aberto às novas possibilidades que se apresentam, este estudo não comporta afirmações de caráter conclusivo com a intenção de encerrá-lo. Porém, entendo que como exigência acadêmica alguns contornos mais nítidos devem ser tomados em conta, sendo que para isto procurarei resgatar os objetivos pretendidos, bem como os principais pontos e contribuições deste estudo. Além disso, cumpre ressaltar, também, as limitações que se impuseram na trajetória do mesmo.

Foi com o propósito de identificar as concepções teóricas que têm permeado a prática das enfermeiras da rede básica de saú-

de Florianópolis e tendo como referência alguns pressupostos acerca do tema (já apresentados na introdução), que iniciei este estudo. Agora, ao seu final, percebo quão provisórias podem ser suas afirmações, pois torna-se nítido, cada vez mais, seu caráter inicial e impulsionador de novas investidas, tanto no campo teórico como na prática cotidiana.

Um dos pontos que gostaria de ressaltar com estas palavras finais, diz respeito a diversidade de interpretações da realidade que marcou o discurso das enfermeiras entrevistadas. Em suas falas foi possível perceber a influência de diferentes correntes de pensamento que têm, mais forte ou tenuamente, dominado ou se insinuado, conforme o espaço já conquistado, no campo da construção do conhecimento científico. Com isto não quero afirmar que as concepções de cada uma estejam impregnadas pelos pressupostos de uma única linha de pensamento, nem que são vulneráveis à influência de todas correntes que se apresentam na atualidade, mas simplesmente mostrar que a luta teórica que ocorre no campo da ciência reproduz-se na construção do saber e prática da enfermagem.

Como todo empreendimento que se desenha através de uma caminhada com base na busca do entendimento sobre a realidade, mesmo que circunscrita à realidade de um determinado grupo profissional, muitas limitações se fizeram e fazem presentes no desenrolar deste estudo. Limitações originárias da falta de exercício da crítica, da discussão argumentada, do debate fundamentado, enfim, da inexistência de um pensar crítico e criativo que revela não as minhas limitações, mas indica, também as limitações da própria enfermagem que pouco tem exercitado neste sentido, tanto no ensino como na sua prática.

Dentre as limitações deste estudo, aponto como fundamental aquela que diz respeito à forma de levantar as informações necessárias à sua confecção. Uma vez que a coleta de dados restringiu-se às entrevistas realizadas com as enfermeiras e não se dirigiram à observação de sua prática, as análises a partir daí processadas se referem, exclusivamente, aos seus discursos. Entendo que isto limitou a minha interpretação e consequentemente, o conjunto do trabalho ao que as pessoas verbalizaram, deixando de considerar, portanto, como estabelecem a relação do que "pensam" com o que "fazem".

Além disso, outras barreiras como a inibição das depoentes frente à gravação das entrevistas, além da minha inexperiência não só na condução das entrevistas e de um estudo desta natureza, como em todo processo de análise e interpretação dos dados, também dificultaram o desenvolvimento do trabalho.

Apesar de todas as limitações impostas a este tipo de estudo, arrisco a indicar alguns aspectos que possam ser entendidos como possíveis contribuições deste trabalho. Tais contribuições se referem, ainda que de forma parcial e incompleta, para o entendimento da realidade da prática de enfermagem, e mais especificamente, para o desvendamento das várias concepções que permeiam o saber e prática de enfermagem na Saúde Pública.

Um ponto a ser ressaltado, trata da importância de ter trazido ou mantido no bojo das discussões um dos fundamentos que nortearam este estudo, qual seja, a irrefutável e imprescindível articulação teoria/prática, relação tão encoberta pelos agentes da enfermagem na sua trajetória histórica, uma vez que foram preparados para o pronto-agir fragmentado e acritico, com base no

estritamente imediato e cotidiano. Como nos diz GONZAGA (1992, p.122) acredito que "a prática pode não estar dizendo tudo (ao mesmo tempo que mostra, também esconde) e a teoria pode não ser tão descolada do real como nos fizeram acreditar. A superação do divórcio pensar-fazer, reflexão-ação, carece de exercício persistente."

Mas, a partir do que a síntese dos dados revelou, ainda há outra pergunta a responder: O que significa para as enfermeiras dos serviços básicos de saúde, especificamente e, para a própria enfermagem, de uma maneira geral, conviver com diferentes abordagens da realidade?

Entendo que desvendar o que permeia teoria e prática de um grupo de enfermeiras que atuam em Saúde Pública, pode caminhar em pelo menos duas direções. Por um lado, nos indica que a divergência constante em suas formas próprias de compreender o mundo e a realidade cotidiana e, conseqüentemente, desenvolver sua prática, impossibilita pensarmos que exista ou venha a existir um único modelo que norteia a prática de enfermagem nesta instituição. Assim, apesar de acreditar que o modelo biomédico seja o dominante, mesmo porque todo sistema de saúde, em qualquer de suas instâncias, está estruturado neste sentido, já é perceptível entre as enfermeiras uma insatisfação com tal prática, revelando-se ora pela crítica ao modelo vigente, ora pela tentativa, ainda muito incipiente, de construir uma nova prática fundamentada em outros referenciais, nos remetendo a uma possível necessidade de superação da prática vigente.

Por outro lado, evidenciar as diferentes concepções de mundo na perspectiva de revelar a nossa prática cotidiana, possibilita

trazer à tona, colocando a descoberto, alguns dos conflitos que se mantêm velados no seio da profissão ao longo dos anos. Acredito que pensar diferente, além de criar possibilidades de desvendar os conflitos através da discussão aprofundada das questões, implica também na abertura de novas possibilidades de transformação da realidade.

Estas considerações, na minha interpretação, revelam não só para nós, enfermeiros desta instituição, como para toda a categoria, a necessidade emergente e o compromisso que temos com o aprofundamento das reflexões sobre o que passa velada ou tacitamente no saber e prática da enfermagem, através da ampliação do debate consciente e consistente do tema. Estou convencida que só assim, caminharemos na direção de um rompimento com o modelo hegemônico que não responda efetivamente às necessidades de saúde da população. Isto passa pela construção coletiva de uma nova consciência sanitária no seio da categoria, assim como pela necessidade de encarnar-se um novo paradigma que contemple o homem como sujeito da possível transformação da sociedade, cuja direção se dê no sentido de responder efetivamente às necessidades sociais. Assim, resgato a fala de um educador que nos diz que

"o conhecimento humano é um processo sempre em construção, ... a prática social, refletida pelos próprios sujeitos em todas as suas dimensões e articulações, é a fonte privilegiada - embora não a única - do novo conhecimento" (ARRUDA, 1988, p.2).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C.P., MELLO, D.F. de, SOUZA NEVES, L.A. O trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. *Rev. Bras. Enf.*, v.44, n.2/3, p.64-75, abr./set. 1991.
- ALMEIDA, M.C.P. e ROCHA, J.S.Y. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.
- ALMEIDA, M.C.P. et al. A situação da enfermagem na década de 80. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. 1989, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ABEn/ABEn-SC, 1989, p.43-75.
- ANGERAMI, E.L.S. e CORREIA, F. de A. Em que consiste a enfermagem? São Paulo, s/d. (mimeo)
- AROUCA, A.S. da S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas: UNICAMP, 1975. Tese (doutorado) Universidade de Campinas, 1975.
- ARRUDA, M. Metodologia da práxis e formação de trabalhadores. Rio de Janeiro: PACS (Políticas Alternativas para o Cone Sul), 1988. (Mimeo.)
- AYDOS, M.A.D. Utopia e possibilidade - elementos para uma filosofia jurídica militante. Florianópolis: UFSC, 1991. 156p. Dissertação (Mestrado em Direito) Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- BERGER, P. e LUCKMANN, T. A construção social da realidade - tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BREILH, J. e GRANDA, E. Saúde na sociedade. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989.

- CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Ed. Cultrix, 1982.
- CASTELLANOS, B.E.P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. 1989, Florianópolis. Anais... Florianópolis: ABEn, ABEn-seção SC, 1989, p.147-169.
- COSTA, N. do R. **Lutas urbanas e controle sanitário.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986.
- COTRIM, G. **Fundamentos da filosofia.** 5.ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- CUPANI, A. Positivismo, neopositivismo e funcionalismo. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Ed. da UFSC, 1984.
- DONNANGELO, M.C. e PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in Brazilian fishing village.** San Francisco: University of California, 1984. Tese (Doutorado em Ciência da Enfermagem) University of California, 1984.
- FROMM, E. **Conceito marxista do homem.** 8.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- GARCIA, Juan César. **Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde.** In: NUNES, Everardo Duarte (org.). **Medicina social - aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global, 1983.
- CASTALDO, D. e MEYER, D. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v.42, n. 1, 2, 3, 4, jan./dez. 1989.
- GELBOCKE, F.L. **Processo saúde-doença e processo de trabalho: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola.** Rio de Janeiro: UERJ, 1991, 266p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, 1991.
- GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985. 118p.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 2.ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1989.
- GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico.** São Paulo: USP, 1979. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, 1979.
- GONÇALVES, R.B.M. **Processo de trabalho em saúde.** São Paulo: Fac. de Medicina da USP, 1988.

- GONÇALVES, R.B.M. et al. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec, 1990.
- GONZAGA, F.R.S.R. Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde. Florianópolis: UFSC, 1992. 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- GRAMSCI, A. Concepção dialética da história. 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.
- HELLER, A. O cotidiano e a história. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- HORTA, W. de A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
- KLEBA DA SILVA, M.E. Processo educativo na prática assistencial de enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. Florianópolis: UFSC, 1992. 119p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. Medicina social - aspectos históricos e teóricos. Rio de Janeiro: Global, 1983.
- LEAVELL, H. e CLARK, E.G. Medicina preventiva. São Paulo: Mac Graw Hill, 1976.
- LEININGER, M. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: Simpósio Brasileiro Teorias de Enfermagem, 1, 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. p.232-54.
- LEOPARDI, M.T. Método de assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho. Ribeirão Preto: USP, 1991, p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.
- LOPES, M.J. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado - feminino, doméstico e desvalorizado. Porto Alegre: PUC/RS, 1987. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica, 1987.
- LOPES, M.J. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.13, n. 1, p.34-36, jan. 1992.
- LUDKE, M. e ANDRE, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

- MACHADO, M.H. **Profissões de saúde: um enfoque sociológico.** Rio de Janeiro:, 1989. (Mimeo.)
- MAC MAHON, B. e PUGH, T. **Principios y métodos de epidemiologia.** 2.ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1975.
- MARRINER, A. **Nursing theorist and their work.** Missouri: Mosby Company, 1986.
- MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986. 94p.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.
- NITSCHKE, R. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.** Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- NUNES, E.D. et al. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas.** Brasília: OPAS, 1985.
- OLIVEIRA, F.V.S. de. **Associação Brasileira de Enfermagem: mudanças e continuidades - a propósito do Movimento Participação (1979-1989).** Natal: UFRN, 1990. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1990.
- PARSE, R.R. et al. **Nursing research: qualitative methods.** Maryland: Brasy Communications Company, 1985.
- PATRICIO, Z.M. e BOEHS, A.E. **O significado do cuidar/cuidado.** Florianópolis: UFSC, 1988. (Mimeo.)
- PENNA, C.M. de M. **Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família.** Florianópolis: UFSC, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989. 156p.
- POSSAS, C. **Saúde e trabalho (a crise da Previdência Social).** São Paulo: Hucitec, 1981.
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogenidade estrutural e saúde no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1989.
- QUEIROZ, V.M. e EGRY, E.Y. **Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético.** Rev. Bras. Enf., Brasília, v.41, n. 1, p.26-33, jan./mar. 1988.

- REZENDE, A.L.M. de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Atlas, 1987.
- SANTOS, B. de S. **Introdução a uma ciência pós-moderna.** 2.ed. Porto: Afrontamento, 1989.
- SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989. 143p.
- SPIRKIN, A. e YAJOT, O. **Fundamentos del materialismo dialectico e histórico.** Havana: Editorial de Ciencias Sociales, 1985.
- SPRADLEY, J.P. **Participant observation.** New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.
- STANTON, M. e GEORGE, J. **Nursing theories and nursing process.** In: GEORGE, J. (org.) **Nursing theories: the base for professional nursing practice.** 3.ed. Norwalk: Appletone e Lange, 1990.
- TRENTINI, M. e PAIM, L. **Enfermagem: ciência ou profissão?** Florianópolis: UFSC, 1991. (Mimeo.)
- TRIVINOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.
- VASQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis.** 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- VAZ, M.R.C. **O trabalho da enfermeira na rede básica de serviços de saúde - análise de depoimentos.** Ribeirão Preto: USP, 1989. 211p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1989.

ANEXOS

ANEXO 1

EM FLORIANÓPOLIS, PROCURE OS SEGUINTE SERVIÇOS DE SAÚDE:

CONTINENTE <u>SETOR 1</u> C.S.I Jardim Atlântico C.S.II Balneário <u>SETOR 2</u> C.S.I Sapé C.S.I Monte Cristo (a partir de Junho) C.S.I Lar Fabiano de Cristo C.S.II Capoeiras <u>SETOR 3</u> C.S.I Coloninha C.S.II Estreito (a partir de Junho)	CONTINENTE/CENTRO/AGRONÔMICA/TRIN- DADE <u>SETOR 4</u> C.S.I Vila Aparecida C.S.I Morro da Caixa C.S.I Coqueiros (a partir de Junho) C.S.I Monte Serrat C.S.I Prainha (a partir de Junho) C.S.I Associação São Luiz C.S.I Morro da Penitenciária C.S.I Pantanal C.S.I Córrego Grande (a partir de Junho) C.S.II Centro (a partir de Junho) <u>SETOR 5</u> C.S.II Itacorubi
SUL DA ILHA <u>SETOR 6</u> C.S.I Caieira da Barra do Sul C.S.I Alto Ribeirão C.S.II Ribeirão da Ilha <u>SETOR 7</u> C.S.I Pântano do Sul C.S.I Armação do Pântano do Sul C.S.II Morro das Pedras (a partir de Junho)	<u>SETOR 8</u> C.S.I Tapera C.S.II Carianos <u>SETOR 9</u> C.S.I Campeche C.S.I Rio Tavares C.S.II Costeira Pirajubaé C.S.II Saco dos Limões.
NORTE DA ILHA <u>SETOR 10</u> C.S.I Saco Grande I C.S.II Saco Grande II <u>SETOR 11</u> P.S. Vargem Pequena C.S.I Ratoões (a partir de Junho) C.S.II Santo Antônio Lisboa (a partir de Junho)	<u>SETOR 12</u> C.S.I Ponta das Canas C.S.I Canasvieiras (a partir de Junho) C.S.I Jurerê (a partir de Junho) C.S.II Cachoeira Bom Jesus <u>SETOR 13</u> C.S.I Vargem Grande C.S.I Rio Vermelho (a partir de Junho) C.S.II Ingleses
LESTE DA ILHA <u>SETOR 14</u> C.S.I Barra da Lagoa (a partir de Junho) C.S.I Canto da Lagoa C.S.I Costa da Lagoa C.S.II Lagoa da Conceição	ATENÇÃO: A partir de 15 de junho ^{junho} você deve procurar um dos locais relacionados para marcar consultas e exames especializados, ao invés de ir diretamente aos PAMS do INAMPS, além disso, você poderá obter os seguintes serviços: Nos C.S.I (Centro de Saúde I) - consultas médicas em clínica geral, atendimento odontológico e atendimento básico de enfermagem. Nos C.S.II (Centros de Saúde II) - consultas médicas em clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia; atendimento odontológico; planejamento familiar, exame preventivo do câncer ginecológico, consulta com nutricionista, atendimento de enfermagem, vacinação, outros. Informações no próprio local ou pelo fone: 191.

ANEXO 2

UFSC/ CCS/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: A PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM UBS : BASES CONCEITUAIS
PESQUISADORA: MARTA VERDI

QUESTIONÁRIO N.:-----

SOLICITO A SUA ATENÇÃO RESPONDENDO AS QUESTÕES COLOCADAS A SEGUIR AFIM DE POSSIBILITAR UM CONHECIMENTO MAIS PARTICULAR DE SUA TRAJETÓRIA DE VIDA E PROFISSIONAL.

- Qual é sua data de nascimento? ____/____/ 19____.
- Onde você nasceu?
- Qual seu estado civil?
- Qual a sua religião?
- Quantos filhos você tem?
- Quando você concluiu seu curso de graduação? 19____.
- Se você concluiu cursos de aperfeiçoamento com mais de 60 horas, habilitação ou pós-graduação, preencha o quadro seguinte:

NÍVEL	ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	ESCOLA/LOCAL	ANO
APERFEIÇOAM.			
			
			
HABILITAÇÃO			
			
ESPECIALIZAÇÃO			
			
MESTRADO			

- Você participa em algum grupo de pesquisa? Se sim, qual?

- Você tem participado na elaboração de trabalhos científicos? Se sim, preencha a quadro a seguir:

MODALIDADE	TÍTULO	PUBLICADO	APRESENTADO	NÃO
------------	--------	-----------	-------------	-----

OBSERVAÇÃO: No item modalidade você deve mencionar qual a modalidade na qual o trabalho se inclui: pesquisa, artigo, relato de experiência, produção de vídeo ou audio-visual, etc...

- No ítem Publicado mencionar o periódico no qual o trabalho foi publicado.

- No ítem Apresentado mencionar o nome do evento no qual o trabalho foi apresentado.

- No ítem Não marque um X se caso o trabalho não tenha sido nem publicado, nem apresentado.

- Você é associada em alguma entidade de classe? Se sim, diga qual:

- Você teve experiência de trabalho como enfermeira antes de seu trabalho atual? Se sim, responda em qual instituição e qual o período respectivo:

* _____ - DE _____ a _____

* _____ - DE _____ a _____

* _____ - DE _____ a _____

- No seu trabalho atual:

* Qual a sua instituição de origem?

* Qual o seu vínculo empregatício?

() estatutário

() celetista

() prestação de serviços

* Há quanto tempo você trabalha na sua instituição de origem?

* Há quanto tempo você trabalha no Sistema Municipal de Saúde?

* Quais as atividades que você desenvolve na sua prática profissional? _____

ANEXO 3

RELAÇÃO DOS CODINOMES UTILIZADOS PARA IDENTIFICAR
AS ENFERMEIRAS ENTREVISTADAS:

- ATOBA
- BADEJO
- BENEDITO
- CHELONIA MIDAS
- DELFHINUS
- FRADE
- GAIVOTA
- GORGONIA
- HALIMEDA
- JUBARTE
- LARUS
- MARLIN
- PEIXE ANJO
- PLANCTON
- SERIOLA

[illegible]

		!G !H !P !B !A !P !S !G !F !C !M !D !B !L !J !	!R !L !A !N !O !A !R !I !A !E !R !L !D !R !B !	!G !I !N !E !B !N !I !V !D !L !L !F !E !U !A !	!O !M !J !D !A !C !O !D !E !O !I !I !J !S !R !	!N !E !O !I !I !T !L !T !I !N !N !N !O !I !T !	!I !D !I !T !O !A !A !I !I !U !I !E !I !	!A !A !O !N !I !A !S !
A !-	AGRUPAMENTO DE	!-"São todas as pessoas que vivem no mundo"						
G M!	PESSOAS	!-"Agrupamento, reunião de pessoas"						
R E!		!-"União de pessoas com alcance de objetivos comuns"	x					
U N!		!-"Grupos de pessoas com objetivos comuns, onde es- !tão todos os grupos"						
P T!	AGRUPAMENTO DE	!-"Todas essas comunidades pequenas fazendo parte !de um todo maior - uma comunidade maior"						
A O!	COMUNIDADES	!-"Pessoas, grupos que se formam e se relacionam"	x	x				
R !-	RELAÇÕES DOS	!-"Pessoas que se relacionam com objetivos diferen- !tes, diferentes níveis culturais, econômicos"						
E !	HOMENS	!-"Forma como os homens vivem juntos e se relacio- !nam"						
L !		!-"Organização das relações humanas"						
A !		!-"Processo de relacionamento cultural e político !dos homens"	x					
C !		!-"Relações dos homens e destes com a natureza"						
O !		!-"Conjunto das relações sociais sob uma base eco- !nômica-mercantil histórica. Produto e síntese do !trabalho dos homens"						
E !								
S !								
-	CONJUNTO DAS RELAÇÕES							
S O!	SOCIAIS							
G !	BASE	!MERCANTIL						
E !		!NORMATIVA	x	x				
R !		!GEOGRAFICA-						
C !	DELIMI-	!MENTE						
A !	TADA	!TEMPORALMENTE						
R !								
C !		!-"Tem alguns mais privilegiados e outros menos"						
T !		!-"Ocorre a partir das relações de produção"						
E !		!-"Tem uns criam as regras, outros que acatam, se !moldam às regras..."						
R !		!-"Não está equilibrada"	x					
I !		!-"E muito cruel"						
S !		!-"Dependência um do outro de forma injusta"	x					
T !		!-"E discriminatória"						
I !		!-"Injustiça social"						
C !		!-"As coisas estão todas erradas"						
A !		!-"Quem detém mais saber e dinheiro manda nos que !ganham e sabem menos"						
S !		!-"Quem manda é quem tem o poder do dinheiro"	x					
A !		!-"O poder gira em torno de dinheiro"						
T !		!-"O 'ter' é levado a um 'ser' "						
I !		!-"Uns criam as regras outros acatam"						
V !		!-"Cobradora"	x					
A !		!-"Preconceituosa"	x					
S !		!-"Padroniza"						
-		!-"Massifica"						
-		!-"Rotula"						
-		!-"Hipócrita"						
-		!-"Individualista (egoísta)"						
-		!-"Limita a ação das pessoas"						
-		!-"Tem brotos de reivindicação de justiça social"						
-		!-"Tem potencialidades para mudar"						
POTENCIAIS	TRANSFORMAR	!-"Alguns conseguem funcionar como agente de trans- !formação é importante para eles a contestação e !mudança da regra"						
-		!NATURAL						
DETERMINAN-		!-"Tendência natural do homem"						
TES DO		!-"Auto proteção do homem como espécie"						
VIVER EM		!RELACIONES						
SOCIEDADE		!PESSOAIS						
-		!-"Dependência"	x					
-		!-"Sobrevivência"	x					
-		!RELACIONES						
-		!SOCIAIS						
-		!-"Cada um tem um papel importante na reprodução so- !cial da vida"						
-		!-"Continuidade das relações sociais"						
-		!-"Determinada pelo trabalho, prazer, paixão, razão"						

ANEXO 6

QUADRO 5: TAXONOMIA 3 - SAUDE E DOENÇA: A representação das Enfermeiras

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

ANEXO 8

QUADRO 7: TAXONOMIA 5 - DA CRITICA A UMA NOVA CONCEPÇÃO DA POSTURA DA ENFERMEIRA

[illegible]