

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

**PARA ALÉM DO COTIDIANO:
reflexões acerca do processo de trabalho
de educação em saúde**

Por

FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS GONZAGA


**Florianópolis
1992**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TITULO: PARA ALEM DO COTIDIANO: REFLEXOES ACERCA DO PROCESSO
DE TRABALHO DE EDUCACAO EM SAUDE

Dissertação apresentada à banca examinadora por
Flávia Regina Souza Ramos Gonzaga, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Teresa Leopardi, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

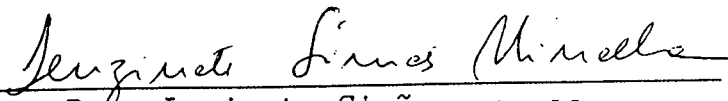
Aprovada em 30 de julho de 1992, pelos membros da banca:



Dra. Maria Teresa Leopardi
Presidente



Dra. Maria Cecilia Puntel de Almeida
Examinadora



Dra. Luzinete Simões Minella
Examinadora

ORIENTADORA: Dra. MARIA TERESA LEOPARDI

Uma parte de mim é todo mundo
Outra parte é ninguém, fundo sem fundo
Uma parte de mim é multidão
Outra parte estranheza e solidão
Uma parte de mim pesa e pondera
Outra parte delira
Uma parte de mim almoça e janta
Outra parte se espanta
Uma parte de mim é permanente
Outra parte se sabe de repente
Uma parte de mim é só vertigem
Outra parte linguagem
Traduzir uma parte na outra parte
Que é uma questão de vida e morte
Será arte ?
Será arte ?

(Ferreira Gullar - "Traduzir-se")

Dedico este trabalho aos grandes amores da minha vida:

ARTHUR e ARINCA

AGRADECIMENTOS

A Tetê, orientadora brilhante, por sua sensibilidade, amizade, confiança e esperança contagiante.

A Lygia, professora e mulher admirável, por seu estímulo e afeto.

Aos professores do Curso de Mestrado em Enfermagem e em especial a prof. Ingrid Elsen, que com um trabalho sério, comprometido e criativo deram um novo significado à relação professor-aluno e tornaram este curso uma rica experiência de amadurecimento profissional e pessoal.

As amigas do Mestrado. A Leni, Teda, Evely, Denden e Heloísa, pelo privilégio de tê-las conhecido e compartilhado momentos tão marcantes.

A Marta, Lisa e Cláudia, companheiras de idéias, projetos e sonhos, pela alegria do nosso encontro e por tudo que dividimos e construímos, com tanto prazer, ao longo de nosso convívio.

Aos amigos que aprendi a conhecer, admirar e gostar e que contribuíram para que minha vida em Florianópolis fosse tão cheia de alegria, carinho e calor: Júlio, Rosane, Cesar, Maristela, Cleuza e todos aqueles que não têm seus nomes aqui registrados mas que são

inesquecíveis pelo que para mim significam.

A CAPES.

A Universidade Federal de Mato Grosso,

As colegas do Departamento de Enfermagem que me oportunizaram a realização do curso de mestrado e em mim depositaram confiança e incentivo.

A Cida, minha "ponte" com Cuiabá, pelo seu carinho e amizade.

A Denise e funcionários da Pós graduação, Rosa, Márcia e Mauricio, pela disponibilidade, atenção e pelas sempre tão valiosas orientações e apoio.

Aos meus pais, que apesar da distância sempre se fizeram presentes através do estímulo, da fé, da força e do amor constantes ... Meu reconhecimento especial: obrigado por mais esta !

Ao Amaury, companheiro solidário e sensível, por suas incansáveis e mal retribuídas manifestações de respeito e amor...Obrigado por ter segurado esta barra !

Aos meus filhos, heróis e luzes da minha vida...Obrigado !

RESUMO

O presente estudo apresenta uma reflexão acerca da educação em saúde enquanto um processo particular de trabalho na área de saúde e mais especificamente da enfermagem, tendo como objetivo contribuir para a apreensão crítica deste processo de trabalho e para a construção de um referencial teórico-metodológico do mesmo.

Quanto a metodologia empregada, caracteriza-se como um ensaio teórico, cuja estrutura textual consta de dois capítulos. No capítulo um a análise se focaliza sobre o cotidiano das práticas educativas em saúde e desenvolve-se a partir da explicitação de um referencial teórico baseado em diversos autores dedicados ao estudo do trabalho numa abordagem materialista dialética e, destacadamente, em alguns conceitos de Agnes Heller. São privilegiados dois pontos temáticos do objeto de estudo, sendo que o primeiro, denominado "o estereótipo do individual e do coletivo", trata do modo como os saberes instrumentais das práticas de saúde foram sendo constituídos, reproduzidos e incorporados ao agir destituídos de seus horizontes teóricos e, assim, revelando seu caráter ideologizado e mistificado. O segundo ponto temático aborda o processo de trabalho de educação em saúde através de quatro teses em torno de seus momentos constitutivos básicos: o objeto, os instrumentos, as necessidades geradoras e as finalidades de trabalho.

No capítulo dois, intitulado "Para além do cotidiano", a reflexão caminha da crítica para a busca de um referencial que supere os estereótipos e contradições analisados, ou seja, que ultrapasse o cotidiano através de uma prática crítica e criativa. Na perspectiva de contribuir para a construção deste referencial são indicados três elementos fundamentais: a redescoberta do sujeito, a práxis como objeto e finalidade e a mediação. Além disso, diversos conceitos significativos que permearam o estudo são recuperados numa ilustração sintética desta aproximação com o tema "processo de trabalho de educação em saúde".

ABSTRACT

The present study is a reflection of health education as a particular work process in nursing area. The goal is to contribute to a critic understanding of this work process, as well as to construct its framework.

The employed methodology is characterized as a theoretic essay, which is structured in two chapters. On the first chapter, the analysis is focused on the daily (quotidian) health educational practices. It is based on a dialect materialism framework worked by many different authors, specially standing out the concepts of Agnes Heller. There are two major thematic points, in which the first one is "the individual and group stereotype" dealing with how the instrumental health praxis knowledges were being constituted, reproduced and incorporated in the action detached from their theoretic horizon, in this way revealing its ideologic and mystic character. The second thematic point deals with the health educational work process through four theses about its constitution moments: the object, the instruments, the necessities, and the purpose of the work.

On chapter two, denominated "Beyond the daily" the reflection is about a framework that surmounts the analyzed stereotype and contradiction, that is, it goes beyond the quotidian through a

critical and creative practice. A way to contribute to a construction of this framework is indicated by three basic elements: the rediscovery of the subject; the practice as the object, as the purpose and as the mediation (intercession). Besides that, different significant concepts which permeated this study are ransomed in a synthetic illustration on the theme "health education work process".

SUMARIO

I - INTRODUÇÃO	01
II- REVISÃO DE LITERATURA.....	05
1. O processo de trabalho em saúde e o processo de trabalho da enfermagem.....	05
2. A educação em saúde: uma breve contextualização.....	22
III-METODOLOGIA.....	32
1. Tipo de estudo.....	32
2. Método de abordagem.....	33
3. Procedimentos, recursos e técnicas.....	36
IV- ENSAIO TEORICO - ESTRUTURA TEXTUAL.....	38
CAPITULO 1 - O COTIDIANO :	
1.1. Uma aproximação com o foco de reflexão: o cotidiano.....	38
1.2. O cotidiano e as práticas educativas em saúde.....	47
1.2.1. O estereótipo do individual e do coletivo.....	49
- Inventário Inicial.....	53
- Resgate Crítico.....	61
- Reelaboração.....	76
1.2.2. O processo de trabalho de Educação em Saúde.....	81
- Tese I - Do objeto.....	84
- Tese II - Dos instrumentos.....	89
- Tese III- Das necessidades.....	96
- Tese IV - Das finalidades.....	102
CAPITULO 2 - PARA ALEM DO COTIDIANO : elementos para um referencial teórico-metodológico do processo de trabalho de educação em saúde.....	
2.1. A redescoberta do sujeito.....	106
2.2. A práxis como objeto e finalidade.....	111
2.3. A mediação.....	115
2.4. O processo: uma ilustração.....	117
V - UMA PAUSA...E UMA AGENDA PARA O RECOMEÇO.....	121
VI- BIBLIOGRAFIA.....	125

I - INTRODUÇÃO

Filosofia é utopia ?

"... mas é também um esclarecimento acerca da existência, tal como ela é. 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..."

Aydos, 1991, p.XI

Todo estudo, como qualquer outro empreendimento, traz em si uma motivação pessoal e uma perspectiva de contribuição para o desenvolvimento do conhecimento de determinada área ou de transformação de uma dada realidade. Da relação e interpenetração de inúmeros questionamentos e desafios experienciados na prática profissional com outras tantas percepções, ansiedades e desejos do meu universo pessoal é que nasceu e cresceu a vontade de realizar esta reflexão.

Esta foi a primeira opção a marcar este trabalho, a de discutir um assunto significativo no contexto atual do trabalho em saúde sem, no entanto, me descontextualizar ou, parodiando Alves, (1989), sem me retirar da minha própria fala.

Outras opções foram exigidas no decorrer deste estudo. Uma delas diz respeito ao caráter teórico do mesmo. Na verdade, um rico momento de aprendizagem e análise se deu na experiência de prática assistencial desenvolvida durante o meu curso de mestrado, onde tentei pôr em prática alguns pressupostos em torno do que acredito ser a educação em saúde. Mas o valor do vivenciado,

e de sua auto-crítica, ficou demonstrado no reconhecimento da necessidade de maior aprofundamento. Foi então que direcionei este trabalho, não para um relato de experiência, mas para a reflexão de questões que sempre se fizeram presentes, de forma ampla e vaga, na minha vida profissional, mas que, a partir daquele momento, foram adquirindo maior clareza e destaque, até subsidiarem a delimitação de unidades temáticas específicas e passíveis de exploração.

Assim, o foco central deste estudo, a educação em saúde vista a partir de sua perspectiva de um processo particular de trabalho, é analisado de modo que as idéias apresentadas, mesmo quando em sua forma abstrata, relacionam-se diretamente com a prática educativa da enfermagem.

Tal foco de estudo se justifica pela necessidade dos profissionais melhor compreenderem seu trabalho e de caracterizarem o processo de trabalho de educação em saúde naquilo em que se diferencia, em cada um dos seus momentos, em cada ponto ainda não desvendado e, portanto, mais sujeito a mistificações e práticas acríticas. E este tema, reconhecidamente, carece de um arsenal teórico que oriente o pensamento e a ação por valores e projetos que se proponham a superar, cotidianamente, o indesejável e limitante presente no real.

Acredito que, através de uma reflexão aberta e sem pretensões de exaustibilidade dos temas, possa contribuir no processo de redefinição da prática de enfermagem frente aos desafios do nosso tempo. É evidente que tais desafios se referem não apenas ao campo profissional, mas nele se refletem, pelo próprio dinamismo que vem caracterizando, ou seja, descaracterizando o senti-

do unitário das práticas, em favor de uma diversidade de atribuições, objetivos e métodos, enfim, de formas de percepção e ação imprecisas e, às vezes, desconexas em relação à estrutura que lhes confere o estatuto de competência e às idealizações que lhes justificam. Estes desafios se referem à toda a vida no planeta, à crise mundial, aos temores e esperanças do homem atual, muitos dos quais ainda sem respostas, apesar de todo o avanço científico-tecnológico da modernidade. No Brasil, estes desafios ocupam, há algum tempo, todas as pautas. Já está demonstrado e criticado o modo como as contradições da sociedade capitalista vêm operando na saúde, educação, enfim, na vida cotidiana.

Se entendermos que a sociedade moderna, com sua ciência e tecnologia, avanços e contradições, não deixará de ser assim; se o excessivo apego a imagens do passado, não mudará as atuais perspectivas; talvez o caminho não seja mais o de negação do desenvolvimento tecnológico ou de oposição à um modelo pela imposição de outro. Talvez o nosso posicionamento como sujeitos desta realidade, e não de outra, sem negar o político-ideológico acirrado nos enfrentamentos diários de nosso trabalho, deva passar por um repensar filosófico de caráter mais global e radical.

Embora continue a ser disfarçado e encoberto, o real não pode mais ser negado, ele se mostra a todo instante. Por isso a importância de assumir, sem medo, o sonho, a utopia de não apenas falar do real, mas antes de tudo "anunciar o ausente" (Alves, 1989, p.21).

Assim, este trabalho, mesmo que iniciante e inacabado, representa o esforço de tentar responder aos seguintes objetivos:

- analisar criticamente pontos temáticos acerca do objeto de estudo, selecionados com base na literatura e na experiência de prática assistencial de educação em saúde;
- caracterizar o processo educativo em saúde de forma a contribuir para a apreensão crítica do mesmo, enquanto processo de trabalho na saúde;
- propor elementos para um referencial teórico-metodológico do processo de trabalho de educação em saúde.

Tendo em vista tais objetivos, o presente trabalho consta de seis partes. Nas três primeiras, introdução, revisão de literatura e metodologia, situo o tema dentro do panorama geral da saúde, apresentando as contribuições de outros estudos e fornecendo a orientação metodológica que fundamenta o trabalho, caracterizando-o como um ensaio teórico. A quarta parte constitui a estrutura textual do ensaio teórico e se divide em dois capítulos. No capítulo 1, denominado "O Cotidiano", apresento os referenciais teóricos norteadores do estudo, principalmente aquele que se refere ao cotidiano, da autora Agnes Heller, além da análise de dois temas relacionados ao cotidiano das práticas educativas em saúde: o estereótipo do "individual" e do "coletivo" e o processo de trabalho da educação em saúde em seus momentos constitutivos básicos. No capítulo 2, denominado "Para além do Cotidiano", apresento alguns elementos que acredito serem fundamentais para a construção de um referencial teórico-metodológico do processo de trabalho de educação em saúde e que, por permearem toda a reflexão, são recuperados numa síntese representativa. Finalmente, nas últimas duas partes, coloco minhas considerações finais e referências bibliográficas utilizadas.

II - REVISÃO DE LITERATURA

1. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Ao se refletir sobre determinada prática profissional é relevante rever o percurso histórico de tal prática: como surgiu, que interesses a moveram, que ideais e modelos a alicerçaram, como foi se diferenciando no conjunto da divisão técnica do trabalho até se caracterizar como uma profissão, ou seja, como uma "ocupação que exige e cria um corpo específico de conhecimento para atuar numa dada realidade organizacional/institucional" (Machado, 1989, p.1)

Análises históricas da enfermagem foram realizadas por autores como Germano (1985), Silva (1986), Almeida e Rocha (1989), Pires (1989); trabalhos estes que muito contribuíram para uma discussão mais crítica acerca da profissão, já que propiciaram uma contextualização da enfermagem na realidade social mais ampla, com todos os condicionantes políticos, ideológicos e econômicos ao longo de sua história.

Este trabalho não tem o objetivo de realizar uma análise histórica, no entanto, para se pensar o processo de trabalho do enfermeiro numa perspectiva atual não se pode dispensar alguns

recuos históricos. Seguindo o exemplo de Gonçalves (1989), que realizou uma análise do trabalho em saúde a partir das características gerais do trabalho humano numa abordagem marxista, serão apresentadas algumas noções acerca do trabalho, preliminares à abordagem do tema específico. Tal forma de estudar a questão se deve ao objetivo explicitado pelo autor de desmistificar, despir o processo de trabalho em saúde de atributos que ao longo dos anos foram se incorporando a ele como verdades inquestionáveis, como as idéias de "bem", "verdade", "ciência", "dedicação", etc..

A partir do referencial de Marx pode-se falar de trabalho como um processo não casual, no qual se dispense uma energia e onde o produto corresponde à satisfação de uma carência ou necessidade.

Assim, uma das primeiras características do trabalho humano é a intencionalidade, ou seja, o fato de possuir uma direção, um projeto a partir de uma forma de ver o objeto e de prever sua transformação. Mas para que se realize e de projeto passe à ação, é exigida uma força de trabalho, um objeto passível de transformação e instrumentos de trabalho concretos. Daí depende-se o seu caráter simultaneamente objetivo e subjetivo. Isto porque todo processo de trabalho, só o é no mundo real, só se concretiza objetivamente, mas é sempre guiado pela consciência. E a consciência que gera os conhecimentos que mediarão o processo, que o intelectualiza, seja na teorização do objeto sobre o qual atua, na elaboração dos instrumentos e até na teorização do seu próprio processo de trabalho.

A atividade da consciência se faz presente desde a percepção da carência, passando pela elaboração de finalidades de

trabalho, quando se propõe uma transformação. A finalidade, por sua vez, intermedia a relação pensamento-ação, pois "se o homem aceitasse o mundo como ele é e se, por outro lado, aceitasse a si mesmo em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo nem de transformar-se. O homem age conhecendo e conhece agindo" (Vazquez, 1986, p.192).

O processo de trabalho se caracteriza também por ser sempre social e histórico, pois os próprios processos geradores de necessidades, que irão exigir determinado trabalho para a sua satisfação, são social e historicamente determinados (Gonçalves, 1989).

O fato de pensarmos o processo de trabalho como social, já que emerge de necessidades determinadas socialmente, não deve negar o entendimento das necessidades de saúde, geradoras dos processos de trabalho em saúde, em seu caráter não só social mas também individual.

Embora o modelo assistencial de saúde no Brasil destaque o atendimento médico individual, isto não significa que se esteja levando em conta o caráter individual das carências de saúde. O atendimento individual se dá, não por considerar o lugar específico que o indivíduo ocupa na sociedade e que determina a forma própria dele perder a saúde, perceber e reagir à doença, mas por ser a doença tomada individualmente não como produto social, mas como produto em um corpo biológico.

Leopardi (1989), ao abordar a relação entre necessidades de saúde e classes sociais, aponta para o duplo condicionamento destas necessidades : - são resultantes das condições de vida, cultura, inserção no sistema de produção, etc. ..., como

também o caráter do atendimento a estas necessidades é socialmente determinado. Assim, a posição que ocupa na estrutura social inscreve no indivíduo seu potencial para a saúde e a doença, bem como a forma como terá suas necessidades atendidas.

Com base nisto, a autora aponta para a grande contradição do sistema de saúde : "a doença se individualiza enquanto responsabilidade pessoal e se socializa quando se trata de justificar a desigualdade de acesso ao cuidado".

Estas referências são necessárias para se chegar a um entendimento acerca do trabalho em saúde: como intermediário entre o sujeito portador da necessidade e o objeto capaz de satisfazê-la. Por isso, Leopardi (1989, p.3) afirma que as ações executadas por tais trabalhadores constituem uma "prática social, que abarcada por um setor especializado do sistema social (o Sistema de Saúde) tem como objeto de trabalho o indivíduo que possui a carência de saúde".

A partir desta breve caracterização do trabalho e de como o trabalho em saúde surge em resposta à necessidades de saúde, é possível não só rever nossos conhecimentos acerca do surgimento de profissões da saúde, como a enfermagem e a medicina, como também tentar compreender seu processo de trabalho atual. É claro que para isso é necessário retomar pontos importantes que não foram apresentados na definição geral de trabalho.

Um destes pontos se refere à construção do saber que consolida determinada profissão acompanhando o processo de evolução das ciências e da racionalidade humana. No caso das profissões da saúde, tal saber cria diferentes concepções de saúde e doença que serão a base do processo de construção e desenvolvi-

mento deste mesmo saber, numa relação dialética entre saber-trabalho ou seja teoria-prática:

Blank (1985), ao abordar o pensamento e a prática médica, descreve como a medicina em seu processo de "cientifização" foi baseando sua prática em teorias do objeto do trabalho e como este foi se deslocando do sofrimento para o corpo individual, deste para a doença, até a transformação desta em manifestações ou quadro clínico. Com isto obteve-se a relação teoria-prática com um objeto que, despojado de seu significado social real, passa a atender ao modelo político-ideológico de reprodução social.

Na verdade, tal teoria do objeto de trabalho se efetiva no paradigma cartesiano da saúde, também denominado de modelo médico (Gonçalves, 1989), ou modelo biomédico (Capra, 1982), hegemônico nas práticas de saúde da maioria dos países ocidentais, apesar do destaque que vem sendo dado ao modelo epidemiológico, principalmente nos países do terceiro mundo.

Tal modelo, fundamentado na concepção de doença como alteração morfo-fisiológica, surge com o objetivo de recuperar os corpos doentes para o trabalho à serviço do capital. Assim, os trabalhadores da saúde têm como objeto este "corpo doente" que precisa ser tratado, curado, devolvido à normalidade. Normalidade esta, rigidamente estabelecida por critérios biológicos que mantém uma dupla função, de padrão para as ações prescritivas e de instrumento do controle social dos corpos, já que passa a ser responsabilidade do indivíduo seguir as regras e normas ditadas pelo sistema, para se manter dentro da "normalidade".

Alguns avanços a este modelo dominante foram impostos por concepções que ampliaram ou mudaram o foco de análise do ho-

mem e do seu meio ambiente. No entanto, na maioria das vezes, tal ampliação foi insuficiente, pois não venceu a fragmentação do homem em componentes biológicos, psicológicos-espirituais e sociais com conseqüente redução do social a mero "atributo" humano. Com isto se tornou harmônica a convivência de algumas destas concepções ditas "integralizadoras" com o modelo médico, já que não questionavam os aspectos políticos-ideológicos do mesmo. Muitos destes movimentos dirigiam suas propostas a reformas e adaptações do sistema oficial sem nenhum efeito objetivo na situação de vida do povo, ou propunham formas alternativas de tratar a doença que no entanto permaneciam desconhecidas para a maioria da população e distantes de sua realidade de vida.

O que se assistiu neste processo de mudanças do setor saúde foram, no sistema oficial, repetidas tentativas de reformas que pouco significaram na melhoria das condições de saúde da grande maioria, já que permanecia a submissão das políticas sociais às políticas econômicas que, em nome do desenvolvimento, acirravam as contradições do sistema e negavam o direito à cidadania. Desta forma, se alguns avanços eram alcançados, faziam parte de uma estratégia de atenuação de conflitos e de controle social.

Por outro lado, no contexto informal, o que a maioria dos movimentos alternativos em saúde têm conseguido é se tornarem difundidos e acessíveis apenas a grupos minoritários, mesmo que muitos deles tenham sua origem no saber e prática popular, historicamente expropriado e reciclado em nome de uma prática médica científica.

Na verdade, muitas foram as concepções e correntes de pensamento que influenciaram as práticas de saúde e embora não se possa negar a importância de muitas destas, em obter menores ou maiores rupturas e deixar claro as limitações e contradições do modelo biomédico, cabe demonstrar que, enquanto as raízes mais profundas do processo saúde-doença são negligenciadas, mudanças realmente radicais e significativas não são efetivadas nas políticas de saúde.

No entanto, deve-se reconhecer os ganhos obtidos nesta longa luta em defesa da vida e da saúde da população. Assistimos, embora de forma diferenciada nas diversas "realidades brasileiras" e com inúmeros entraves e dificuldades, o resultado do amplo movimento de reforma sanitária, que culmina atualmente com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Os preceitos constitucionais que respaldam tais mudanças tiveram na 8 Conferência Nacional de Saúde um fórum decisivo, principalmente por ter representado a aliança dos setores profissionais progressistas com os movimentos populares, em torno dos princípios básicos do projeto.

Se naquele momento foram visadas transformações profundas, dada a incapacidade do sistema de responder à questão sanitária e às inaceitáveis condições de assistência à saúde da população, hoje se visa assegurar que tais transformações sejam realmente efetivadas, superando-se as discrepâncias regionais e a retórica que oculta uma vontade política contrária à concretização da reforma sanitária e favorável à mercantilização da saúde.

Dentre as dificuldades atuais, aquelas dadas pela subordinação das necessidades de saúde à lógica da lucratividade

capitalista podem ser parcialmente observadas em diferentes momentos históricos das políticas de saúde, quando o governo, num movimento permanente de redimensionamento de sua intervenção, ora amplia, ora reduz suas ações em termos de políticas sociais. Com isto, em alguns momentos, como no atual, surgem, com mais força, movimentos de estímulo à iniciativa privada, corporativização do sistema de saúde, desmoralização e esfacelamento dos serviços públicos, numa tentativa do Estado se eximir de suas responsabilidades fundamentais.

Isto se acentua em países como o Brasil, no qual, além do crescimento das demandas de saúde provocadas pela péssima distribuição de renda e consequentes problemas sociais, tem a corporação médica na decisão e comando das políticas oficiais do setor, numa postura elitista e conservadora. Tal liderança se mantém a custas de pactos políticos firmados com o objetivo de preservação da hegemonia, mesmo que contrários aos interesses e necessidades populares.

No entanto, atualmente, exercícios de auto-crítica do movimento sanitário reconhecem que a necessidade de garantia da intervenção Estatal no campo da saúde, de construção da consciência sanitária, de apropriação do saber médico e do próprio corpo pelo paciente, de participação ativa na gestão pública, entre outras, "mostraram-se tarefas cujas trajetórias não seguiam um rumo prefigurado" (Fleury, 1992, p.10). Isto revelou os limites teóricos dentro do próprio movimento sanitário que, ao enfatizar a responsabilidade Estatal em fornecer meios de consumo coletivos, circunscreveu a saúde como "bem desejável" e não deu a mesma ênfase à saúde como "espaço estratégico de constituição do sujeito,

alianças e projetos sociais". (ibidem, p.31).

"Por outro lado, ao não questionar o modelo médico de atenção à saúde, o projeto reformador acaba por perder o seu conteúdo de radicalidade democrática, de desalienação, para enquadrar-se como razão administrativa que, destematizando a potencialidade política e conflitiva deste processo, acaba por acarretar a passividade consumista dos cidadãos". (ibidem, p.10)

Setores da enfermagem, por sua vez, apesar de alguns movimentos mais progressistas e de tentativas de se firmar com autonomia em relação ao modelo hegemônico no setor saúde, mantiveram-se, em geral, aliados à corporação médica, chegando até, muitas vezes, a abdicar de uma atuação decisiva, tanto a nível político como a nível de seu próprio ambiente de trabalho.

Foi assim que o enfermeiro, precisando se afastar de qualquer objeto de trabalho ou concepção de saúde-doença que remetesse às questões sociais ou a necessidade de "aliança" com a população, se incorporou ao modelo médico, identificando o "corpo individual" como objeto de trabalho e preferencialmente, "o corpo hospitalizado".

Ao contrário da medicina, conforme analisada por Blank (1985), que deslocou seu objeto de trabalho do corpo para as manifestações da doença, parece que a enfermagem permaneceu com o corpo individual como objeto de trabalho, no entanto, com algumas diferenciações. Algumas dessas "diferenciações" se deram, pelo aprofundamento teórico nas ciências humanas de modo a "vestir" o objeto com diferentes roupagens, que passaram a ser exploradas como dimensões do objeto.

De diferentes dimensões do objeto passou-se a uma progressiva ampliação de atribuições, aludidas à integralidade da assistência e à valorização profissional, mas que não ocultaram uma teorização indevida e uma compartimentalização do objeto e do próprio trabalho. Isto produziu um relacionamento razoavelmente harmônico entre saber e prática do enfermeiro X saber e prática médica, já que, muitas vezes, a busca de novos espaços não significava a defesa de interesses populares, mas sim, projetos corporativos de conquista de uma aparente "igualdade" em relação aos grupos hegemônicos, de ampliação de privilégios e status, enfim, uma "identificação com o opressor" característica da ausência de um projeto político de caráter crítico e popular que tivesse uma correspondente condução tecnicamente definida.

E claro que este processo não se deu de forma tão simples, já que teve suas raízes nos primórdios da enfermagem e principalmente no período de sua institucionalização com base nos princípios Nightingelianos de organização religiosa e militar e de idealização da profissão como vocação nobre e altruista.

Analisando exatamente a institucionalização da enfermagem é que Machado (1989, p.13) nos diz: "... a enfermagem se submete ao trabalho médico, passando a ser uma atividade complementar e atrelada à atividade médica. O saber médico começa a se estruturar tendo como objeto o corpo e a enfermagem se transforma em atividade para-médica, subordinada e dominada. O caráter disciplinador da enfermagem reassume papel de destaque nos hospitais no sentido de pôr e manter a casa em ordem".

A autora levanta uma questão que, embora ainda não tenha sido tratada neste trabalho, merecerá algumas considerações

mais adiante: a existência de diferentes objetos, além do corpo individual, ou em uma relação mais indireta com este, com consequentes diferentes processos de trabalho do enfermeiro, como por exemplo a "administração" direta ou indireta da assistência.

No entanto, antes de chegar a esta reflexão, é necessário concluir o que se refere aos modelos presentes atualmente no setor saúde, passando analisar o modelo chamado por Gonçalves (1989), de modelo epidemiológico.

Tal modelo concebe a doença como fenômeno social e portanto visa controlá-la através de instrumentos como o saneamento ambiental e a educação em saúde (sob o enfoque de orientação para a prevenção). Gonçalves (1989) aponta para a contradição existente no modelo, representada por uma "dupla visão", pela qual pode ser tomado o fenômeno coletivo: - como natural à espécie humana (que por sua vez é tida como homogênea), - ou como essencialmente social. Daí decorre reflexos políticos e tecnológicos, já que cada visão pressupõe diferentes modos de atuação prática.

Uma consequência prática da contraditória relação entre modelo médico e epidemiológico foi a "coletivização forçada" da prática médica, de forma a expandir o campo de normatividade da medicina para a vida cotidiana de uma parcela da população quantitativamente mais significativa, sem, no entanto, gerar um processo de viver mais autônomo, solidário e digno. Ou seja, os serviços de saúde necessitam não apenas de extensão de cobertura, mas principalmente, de transformação das relações sociais que nele se estabelecem. E para isto, não basta ampliar o conceito de saúde, considerando-a resultante das formas de organização social da produção. Nas palavras de Vaitsman (apud Gallo, 1992, p.72): a

saúde "é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, do lazer, das relações com o meio ambiente. E antes resultante do conjunto da experiência social individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico".

Gallo (1992) compartilha tal preocupação colocando que, ao privilegiar o planejamento como instrumento gerencial, o processo de reforma institucional do setor saúde não introduziu uma nova lógica prático-normativa, caracterizando não apenas uma ineficácia do ponto de vista contra hegemônico, como também uma funcionalidade em relação à racionalidade capitalista.

Assim, longe de uma definição, ou seja, de um modelo que responda à diversidade da situação, se constata a coexistência de várias escolas de pensamento com maior ou menor influência no setor e, mais do que isso, uma pluralidade de interpretações no seio dos próprios modelos dominantes. Seja como for, ao longo dos anos, o setor saúde estruturou seu processo de trabalho de tal forma, que o produto deste processo passou a ser "um bem só consumível individualmente, com o que o acesso a ele se torna peça fundamental nas negociações que parcialmente resolvem os conflitos sociais" (Gonçalves, 1989, p.25).

Com estas reflexões pretendi demonstrar a íntima relação dos processos de trabalho em saúde, sua organização, métodos e limites com os paradigmas que sustentam as práticas neste campo. Se tal reflexão não foi acompanhada de uma absoluta clareza ou de uma definição precisa, isto se deve à própria singularidade do momento que vivenciamos: de convivência de diversos projetos

políticos, de substituição da certeza imposta pela análise das determinações pela angústia da constituição dos sujeitos políticos, seus projetos e estratégias. (Fleury, 1992)

Com clareza ou não, a tematização dos aspectos teóricos que permeiam o setor saúde e, portanto, o próprio processo de trabalho da enfermagem, foi requisito para retomar, agora, a questão da pluralidade de finalidades, objetos, instrumentos e produtos de trabalho.

Tais questões vêm merecendo crescente interesse por parte da categoria e foram exploradas durante o 41 Congresso Brasileiro de Enfermagem (1989) que, com o tema central "Os desafios da enfermagem para os anos 90", levou para o debate o processo de trabalho da enfermagem. (através de trabalhos realizados por Almeida, Rodrigues, Castellanos, Leopardi e Mendes).

Para o desenvolvimento do sub-tema "A situação da enfermagem nos anos 80" as autoras realizaram um levantamento dos congressos nacionais de enfermagem da década e conseguiram identificar nos discursos da categoria diferentes objetos de trabalho. Os objetos identificados foram:

- o corpo individual
- a organização da assistência
- a consciência dos indivíduos sobre saúde.

Os instrumentos identificados foram:

- para viabilizar o cuidado
- para possibilitar o processo administrativo
- para a educação em saúde
- para a produção de conhecimentos.

Já no sub-tema "Os desafios da enfermagem para os anos 90" as autoras buscaram identificar as possíveis direções da enfermagem para os anos 90. Um dos desafios levantados foi "Compreender o trabalho da enfermagem no conjunto das Práticas sociais e, internamente, nos seus diferentes momentos".

Este desafio foi também apresentado como base e pré-condição para o encaminhamento de um segundo desafio, o de "construir um projeto político para a enfermagem no sentido da realização de seu trabalho, de modo que alcance a valorização e resolutividade desejadas" (Castellanos et al, 1989, p.150).

Para subsidiar o aprofundamento da questão, o grupo analisou o processo de trabalho em enfermagem no modelo de saúde individual e coletiva. É importante resaltar alguns pontos que emergem daquela análise e que são de interesse para este estudo:

- que o modelo de trabalho em saúde coletiva não tem firmado tão concretamente os seus "momentos", o que tem levado à existência de diferentes processos de trabalho, executados por diferentes profissionais, entre eles o enfermeiro;

- o processo de trabalho em saúde individual se insere no processo de saúde coletiva, enquanto atividade meio;

- a busca de articulação entre os "momentos" individual e coletivo do processo de trabalho do enfermeiro passa pela operacionalização da articulação entre a natureza e o social, o indivíduo e o coletivo, o sujeito e a estrutura, etc. ;

- o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva está em construção e necessita, para sua organização tecnológica, recriar modelos de processo de trabalho que contemplem objetos e finalidades coletivas. Ornellas (1989), ao debater este

mesmo tema, reconhece que o que há de novo no estudo do processo de trabalho de enfermagem é a exigência de um novo modo de perceber a realidade e a produção de conhecimentos. Segundo a autora, a produção de conhecimentos sobre o processo de trabalho da enfermagem, seus objetos, instrumentos e finalidades implica em repensar a totalidade de sua condição de prática social. E isto, implica num modelo teórico de conhecimento que tenha " a preocupação de ver o problema com um novo olhar, um olhar histórico, que não escamoteie os conflitos, as contradições, as relações de poder, as lutas por hegemonia, as superações, em suma, o processo de mudança inerente ao social" (*ibidem*, p.172).

Outro ponto fundamental na análise do processo de trabalho em saúde é a divisão social e técnica do mesmo. Se a enfermagem buscou sua agregação ao modelo dominante, é lógico supor que também tenha reproduzido a divisão do trabalho em momentos dicotomizáveis, como no conjunto dos processos de trabalho responsáveis pela reprodução da estrutura social. Embora nem sempre reconheça isto, pois idealiza um trabalho "integral", a enfermagem e outras profissões da saúde se submeteram à "separação do processo de trabalho em seus momentos de projeto e execução, em momentos "mais intelectuais" e "mais manuais"... onde o controle dos momentos "mais intelectuais garante o poder sobre o conjunto do processo" (Gonçalves, 1986, p.26).

Mais do que se integrar a esta dinâmica, o enfermeiro a reproduz como forma de legitimar-se como o "intelectual" do processo, aquele que manterá o saber e portanto o poder sobre os demais membros que participam do processo de trabalho da enfermagem. Isto se confirma com a leitura de trabalhos como o de Ornel-

las (1981), Germano (1985), Miranda (1987), Almeida e Rocha (1989), Leopardi (1991), Wendhausen (1992), Kleba da Silva (1992), entre outros.

Miranda (1987, p.100), por exemplo, ao analisar as relações de poder que ocorrem dentro do hospital, relata que a enfermeira "legitima o seu poder e saber, mantendo a ordem". Ou seja, "a enfermeira se transforma em efeito e em autora específica deste poder". Poder que, segundo a autora, se reproduz não só através da equipe de enfermagem que lidera, mas através do próprio corpo do doente.

Novamente, o corpo individual retorna à cena, desta vez não como simples objeto de trabalho, mas como objeto de dominação e controle, de justificação do saber e poder do enfermeiro.

Miranda (1987, p.35) refletindo acerca de como tal tendência foi se constituindo ao longo da história da enfermagem no Brasil, sugere que "articulando o saber médico com as práticas e as políticas de saúde vigentes, com as questões sócio econômicas da época e a economia emergente, talvez seja possível mostrar como a enfermagem, em vez de ser quem libertou e estimulou a saúde da população, foi exatamente a marca da radicalização de um processo de dominação e de controle político da doença e do doente, que começou muito antes dela".

Num trabalho com um objeto de pesquisa diverso perceber-se uma conclusão bastante similar: Germano (1985), ao analisar a direção intelectual, cultural e ideológica veiculada pela ABEn-REBEn no período 1955-1980, constata ter sido esta, acrítica e conservadora, buscando obter o consenso entre os associados para as políticas e ações do Estado. Falando no que consistiu tal di-

reção intelectual, Germano (1985, p.105) diz: "em primeiro lugar em conceber o social e a sociedade despojados de conteúdo histórico e de conflitos sociais... Em segundo lugar o Estado é concebido como uma entidade paternal, inquestionável, afinal como um autêntico guardião do bem comum e não como uma instância de dominação; por isso mesmo a ABEn mantém com o Estado relação de colaboração irrestrita e também de subordinação"

Considerando que a análise de publicações de uma entidade representativa da classe pode indicar o pensamento dominante em uma época, se torna mais compreensível o papel que o enfermeiro desempenhou e que na maioria dos casos ainda desempenha na sociedade brasileira.

No entanto, sabemos que não foi por acaso que o trabalho do enfermagem assim se estruturou e que apesar de lideranças intelectuais estarem, nos últimos anos, empenhadas em imprimir novos rumos a profissão, esta não será uma tarefa fácil e isolada, mas necessita, para que ocorra, estar engajada num processo de mudança maior, que envolva o trabalho em saúde em geral e as próprias bases da organização social.

Iniciar este trabalho com uma rápida abordagem do processo de trabalho em saúde e de enfermagem teve o propósito de apresentar noções gerais acerca do trabalho humano; as necessidades que determinam o surgimento do trabalho em saúde; como este se desenvolve a partir de concepções de saúde-doença e de teorias sobre seu objeto; como a enfermagem constrói seu saber e sua prática de forma a manter a hegemonia de um modelo e de uma classe, se tornando uma peça do dispositivo de reprodução social; e de como, apesar disso, vem procurando abrir novos caminhos para

a profissão a partir da reflexão crítica do seu próprio processo de trabalho.

2.2. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE : UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao se tomar a prática educativa em saúde sob a perspectiva de um processo de trabalho também da enfermagem, transparece uma idéia de "diferenciação" do processo de trabalho "educar" com relação a outros processos de trabalho como "cuidar" ou "administrar". No entanto, a intenção não é de colocar as ações educativas em um espaço específico, como se não estivessem embricadas em qualquer que seja o processo de trabalho. Ao contrário, se deseja evidenciar que "saúde e educação são práticas sociais articuladas" (Cardoso de Melo, 1987, p.29) e que o enfermeiro, como profissional da saúde, não pode mais se negar a assumir os reflexos desta articulação na sua prática. Em outras palavras, a diferenciação entre os diversos processos de trabalho do enfermeiro é uma exigência de ordem teórica, no sentido de que a profissão precisa refletir criticamente sua prática, desmistificar as diferentes visões acerca do objeto de trabalho que estão determinando as mais variadas finalidades e processos de trabalho.

O objetivo deste estudo é, exatamente, procurar descobrir no que se diferencia o processo de trabalho "educar" dos demais processos de trabalho um pouco mais estudados pelos profissionais. Qual é o seu objeto de trabalho? Que teoria e que instrumentos devem ser desenvolvidos para guiar seu trabalho na di-

reção dos interesses populares e da transformação social ?

Numa análise histórica da trajetória da educação em saúde no Brasil, Cardoso de Melo (1987) aponta para o fato do surgimento da necessidade de educar para a saúde, por exigências de ordem do capital e do trabalho, com o desenvolvimento do capitalismo. Para manter o corpo do trabalhador sadio para a produção, o Estado amplia suas funções e passa a se reaparelhar para, ao mesmo tempo, através de políticas sociais, atender as imposições do desenvolvimento econômico e também camuflar as distorções geradas pelo modelo desenvolvimentista, adiando e controlando conflitos com as classes populares sacrificadas.

Foi assim que, a exemplo da educação geral, a educação em saúde passa a compor o conjunto de mecanismos de reprodução da ordem capitalista. Ou seja, passa a ser mais uma estratégia de ocultamento das reais causas das distorções sociais, adaptando o indivíduo e integrando-o aos interesses da minoria que detém o controle dos meios de produção; alienando-o, não só do seu trabalho, mas até de seu próprio corpo, mantido sob controle como prova da superioridade do sistema frente a qualquer iniciativa de mudança.

Cardoso de Melo (1989, p.151) afirma que a educação sanitária foi incorporada ao setor saúde como "o conjunto de atividades que, em situações de ensino no interior dos serviços, nas escolas e na comunidade, teria por função mudar comportamentos, crenças e atitudes prejudiciais à saúde, mantendo assim a população no interior das normas estabelecidas pela ordem médica"

O que se percebe é que a educação em saúde sempre esteve presente, com maior ou menor destaque, nas políticas oficiais

de saúde, mas que, apesar das mudanças no discurso, na grande maioria das práticas, permaneceu o caráter normativo, didático, de transmissão de informações sanitárias acríticas, sem questionar nem as próprias relações de poder presentes em tais práticas e, muito menos, o contexto histórico-social em que se inserem.

Partindo da idéia de Carvalho (1981) de que toda forma de intervenção repercute no plano objetivo (problemas concretos da população) e no plano subjetivo (modo de perceber ou interpretar estes problemas), pode-se pensar em intervenções conservadoras ou transformadoras em relação ao nível de consciência social. Contrapondo análises históricas da educação em saúde com as dificuldades práticas atuais, percebe-se que, no interior dos serviços, tais práticas sofrem os ranços históricos, concentrando-se, ainda, na transmissão de normas higiênicas e na disciplinarização da ocupação e uso dos próprios serviços, o que as caracterizariam como formas de intervenção conservadoras da consciência social.

Não se pode negar que a influência do modelo epidemiológico nas políticas de saúde ampliou o foco de análise e de ação das mesmas, mas nem por isso podemos esquecer que palavras como "participação", "transformação da realidade", facilmente incorporadas ao nível do discurso, pouco dizem se não analisadas dentro do projeto político que as emprega. Assim, participação pode ser buscada como forma de cooptação e legitimação popular a programas pré-estabelecidos, que não foram "decididos" de forma participativa, mas que podem ser participativamente "executados", ou pode ser transformada "num emaranhado de regulamentações administrativas e burocráticas de como a população deve agir no interior das instâncias de saúde". (Rosa, 1989, p.XI). Da mesma forma a

"transformação da realidade" pode ser buscada através da mudança dos indivíduos que "não conscientes de seu compromisso" com a saúde e a sociedade são os "responsáveis" pelos problemas sociais e o fracasso das políticas que visam corrigir os mesmos.

Se com o avanço de novos paradigmas de ciência, determinando novos modelos na área da saúde e educação, a educação em saúde passa também a ser vista em seu potencial transformador e de desenvolvimento da consciência crítica da população acerca de si e de sua situação, isto não impede que coexistam, num mesmo espaço, discursos avançados e práticas conservadoras.

Por outro lado, o processo de construção da cidadania nos países do terceiro mundo tem revelado a emergência de movimentos sociais como novas frentes de mobilizações e lutas populares, além das já presentes em movimentos políticos sindicais e partidários. Com isto, além dos "olhares científicos", estes movimentos devem atrair também o interesse dos profissionais que desejam uma prática realmente atuante a nível das transformações sociais de interesse popular.

Esta postura requer o reconhecimento de dois campos de luta: um dentro das instituições e outro fora dela, no seio das organizações populares. Campos estes que, apesar de possuírem dinamicidade próprias, interagem e se articulam de várias formas, em torno de um projeto de sociedade. Isto propicia, por um lado, a ocupação de espaços importantes para o avanço deste projeto e a infiltração, para dentro do "mundo institucional", da prática organizativa construída no cotidiano dos movimentos contra-hegemônicos. Por outro lado, corre-se o risco deste relacionamento, ao se oficializar, desviar-se de seu conteúdo autônomo e democrático

e levar ao recrudescimento da manipulação, burocratização e dominação presentes nas práticas atuais. Principalmente porque não se operaram mudanças no nível mais micro (mas também decisivo): nas relações mesmas entre profissional e população, terapeuta e paciente, educador e educando.

A superação de tais riscos passa, obrigatoriamente, pela definição do significado que queremos dar à educação em saúde e, a partir daí, assumi-la como um processo de trabalho que exigirá rupturas com muitos dos conceitos e idéias presentes na profissão e no setor saúde, adquiridos desde a formação profissional e reforçados ao longo da prática.

Para responder a este desafio, precisamos compreender melhor nosso trabalho e aprofundarmos aspectos já estudados, inclusive alguns que se referem especificamente à enfermagem. Sobre o preparo profissional para a prática educativa em saúde, por exemplo, Ornellas (1981, p.14) diz: "a transmissão de pressupostos da educação em saúde aos profissionais da área, em geral é realizada num sistema metodológico que não viabiliza crítica ou acréscimos - tende a transformar esses trabalhadores em agentes ideológicos e instrumentos de controle social, na medida em que, no exercício de sua função, esses profissionais executam uma tarefa que contribui para a manutenção da ordem social vigente."

Cocco (1988), ao realizar uma revisão bibliográfica sobre "o enfermeiro e o ensino não formal em saúde" comenta que não encontrou um discurso compatível com as novas tendências na área (socialização do saber e fracionamento do poder, cliente como participante ativo, etc.). A autora conclui que embora no discurso se mostre a enfermagem como prática social e a saúde como um

conceito amplo, "o enfermeiro não tem consciência da amplitude de sua atuação profissional, continuando dentro do perfil hospitalar clássico das últimas décadas, utilizando apenas o saber técnico da profissão" (ibidem, p.55).

Talvez, isto, em parte explique as razões da grande maioria dos trabalhos de enfermagem acerca do tema educação em saúde focalizarem-se na educação como uma "parte" da assistência a determinados tipos de clientela (gestantes, diabéticos, crônicos, aidéticos etc.). Sem entrar no mérito de tais trabalhos, é incontestável a aderência dos mesmos à própria prática profissional, que baseada no modelo médico individual tem a educação como etapa e meio de ensinar normas saudáveis de vida, promovendo o auto cuidado e ou a adaptação do indivíduo.

Exemplo disto são os trabalhos de Candeias (1981), Domingues (1981), Kamiyama (1982), Vargas (1983), Silva (1985), Cezareti et al (1988), Utyama et al (1989), Whitaker et al (1989), Moraes e Silva (1991), Guerra et al (1991). Outros trabalhos, como os de Velasquez et al (1986), Manfredi (1988), Cozzupoli e Barbieri (1988), Olivi et al (1990) e Veronezi et al (1991), embora ampliem o entendimento de educação em saúde como instrumento de trabalho em saúde coletiva ou pelo menos em problemas de saúde mais diversificados (e sua prevenção) e tentem relacionar saúde à questões sociais, não conseguem romper com as práticas normativas e autoritárias tradicionais.

Outra vertente de autores, além de romper apenas aparentemente com esta mesma postura comportamentalista, persiste em defender a educação em saúde como prática exclusiva de um especialista: o educador em saúde. (Pereira, 1981, Rice, 1985, Rice e

Candeias, 1989). Candeias, Abujamra e Pereira (1991) chegam a propor um delineamento do papel destes especialistas em sete responsabilidades, subdivididas em competências e sub-competências, que compartimentalizam e ordenam o processo educativo em saúde.

No entanto, é preciso diferenciar trabalhos propostos por enfermeiros e outros profissionais da área, que realmente têm buscado referenciais teóricos que subsidiem uma prática educativa diversa e mais crítica, de outros tantos que se difundem em novas "roupagens", incorporando as palavras de ordem dos discursos inovadores, mas que não superam o modelo médico individual.

A conclusão semelhante chega Jara (1981, p.6-7), que analisando a educação popular na América Latina, considera que a extensão e vulgarização de conceitos divulgados por Paulo Freire (reflexão, diálogo, educação libertadora, conscientização etc.) tem levado a experiências distintas e significados ambíguos, do que se chega a concluir em alguns casos que, "primeiro é preciso criar a consciência para depois impulsionar a ação consciente". O autor afirma ser "impossível gerar uma consciência crítica somente a partir do diálogo e da reflexão, pois ... opção política é indeligiável de qualquer prática educativa ... e que ... a pedagogia popular nasce, se desenvolve e encontra sentido, só como parte integrante da ação política.

Dentre os autores da área da saúde que têm impulsionado a reflexão crítica da educação popular e saúde, vale ressaltar os trabalhos de Carvalho (1981), Cardoso de Mello (1981, 1987, 1989), Ramos (1986), Vasconcelos (1987, 1989), Rosário Costa (1987, 1989), Merhy (1987), Fantin (1989), Smeke (1990), Valla e Stotz (1991), entre outros. Especificamente na enfermagem desta-

cam-se trabalhos como o de Ornellas (1981), Silva Pinto (1983), Rocha e Angerami (1988), Cocco (1988, 1991), Ide (1990), Wendhausen (1992) e Kleba de Silva (1992).

Através de trabalhos como estes foi-se reconstruindo o local ocupado pela educação em saúde como componente das políticas oficiais, o que fundamentou a crítica e a busca de práticas educativas alternativas. Outro avanço obtido foi a articulação do tema "educação em saúde", - antes ligado a aspectos comportamentais e métodos didáticos prescritivos - a questões como participação, cidadania, movimentos sociais, recuperando, enfim, seu sentido político.

O que se percebe, numa análise geral da produção científica mais progressista sobre o tema, é a forte influência dos referenciais marxistas e em especial gramscianos. Além disso, educadores e pensadores brasileiros como Paulo Freire, Saviani, Gadotti, Libâneo, Cury, Brandão, Ianni, entre outros, muito contribuíram no processo de reelaboração teórico-prática da educação em saúde no Brasil.

Wendhausen, por exemplo, relata uma experiência que torna clara a concepção de educação em saúde como instrumento político capaz de capacitar para ações conscientes e para a luta pela melhoria das condições de vida. Coloca, também, o profissional enfermeiro na posição de educador e "intelectual" que, comprometido com a classe operária, participa do processo de reflexão e ação sobre a realidade, na perspectiva de sua transformação. Este trabalho, assim como o de Queiroz e Egry (1988) e o de Ghiorzi (1991), encaminham propostas metodológicas para a prática de enfermagem fundadas no materialismo histórico e dialético.

Já trabalhos como os de Rosa (1989), Cocco (1991) e Kleba da Silva (1992) tratam-se de pesquisas que visam desvendar concepções e práticas educativas em saúde, deixando à mostra suas incoerências, incertezas e potenciais. Cocco (1991) preocupa-se em abordar a ideologia do enfermeiro na prática educativa em saúde coletiva, ressaltando suas representações quanto à saúde e educação, a influência do aparelho formador e a contradição entre prática idealizada e prática realizada. Um dos fatos apontados é a forma do enfermeiro conceber a educação em saúde como atribuição ditada pela instituição, com finalidades curativas e caracterizada pela informação e "doutrinação". Constata, também, que mesmo ao privilegiar a prática educativa como espaço de conscientização e libertação, os enfermeiros dificilmente conseguem superar uma "consciência ingênua", práticas autoritárias ou pseudo-democráticas e, até mesmo, um discurso pouco elaborado.

Rosa (1989, p.114-115) respondendo a questão: "Educação em Saúde nos Serviços de Saúde: falácia, realidade ou utopia?" conclui: "... a Educação em Saúde, quando reduzida a mero instrumento ou recurso, como historicamente ocorre no interior dos Serviços de Saúde, cumpre mal seu papel de reprodutor e, de maneira deficitária, o de democratizar os conhecimentos ditos científicos... Do ponto de vista institucional [diminuição das taxas de morbidade e mortalidade de populações alvo]...pode-se considerar numa perspectiva linear como tendo alcançado os objetivos a que se propunha. Já sob a perspectiva da população,... avalia-se este (serviço como falacioso, por induzir a população a pensar que o não cumprimento das regras estabelecidas do bem viver é responsável único pela perda da saúde". Conclui, ainda, pelo potencial da

educação em saúde no despertar do sujeito coletivo para a conquista de seus direitos, transformando a utopia em realidade.

Kleba da Silva (1992, p.100), também preocupada com a inserção do processo educativo na assistência institucionalizada, acaba por concluir que a Unidade Básica de Saúde é um "espaço de criação num processo de aprendizagem" que é desencadeado no cotidiano das relações entre profissionais e clientela. Nas táticas aprendidas pela clientela frente a situações como solicitar assistência ou ter seu "(re)agir sufocado", a autora identifica formas de enfrentamento indicadoras do potencial educativo destas relações. Na perspectiva de uma "educação para a cidadania" seria necessário recuperar o diálogo, a criatividade e a participação, mas, sobretudo, vencer uma prática em que o profissional, "o técnico da disciplina", cala seu saber, media a negação institucional e resume a ação educativa a "tu perguntas, eu respondo, tu ficas satisfeito" (ibidem, p.101).

Trabalhos como estes devem alertar os profissionais de enfermagem, no sentido que apontam para questões que, necessariamente, precisam ser trabalhadas e transformadas no percurso da construção de uma nova prática educativa em saúde. Ao final desta revisão ressalto um destes desafios, a necessidade de superar o fato apontado por Cocco (1991) e confirmado pela leitura de Kleba da Silva (1992): - Os profissionais de enfermagem têm dificuldade de analisar sua própria prática e não demonstram amadurecimento teórico-metodológico para a definição de projetos políticos contra-hegemônicos, continuando a tomar a educação em saúde como atividade institucionalizada, empírica, não reflexiva, rotinizada e complementar ao ato médico e aos programas oficiais do setor.

III - METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado sob forma de ensaio teórico, onde são apresentadas reflexões de temas ou categorias de análise emergentes de pontos controversos, críticos ou lacunas da literatura básica sobre o processo de trabalho de educação em saúde, de minha experiência profissional e de estudos, reflexões e experiências realizados durante o curso de mestrado.

O que pretendi com o ensaio teórico de tais temas, longe de construir uma "tese panorâmica" (Eco, 1989, p.7), foi procurar apresentar uma penetração ou recorte original no sentido de superar os níveis descritivos através do "confronto teórico" (Demo, 1987, p.24), o que exigiu uma delimitação e definição rigorosa dos temas, mesmo que para o aprofundamento destes, outros, também importantes, tenham sido omitidos ou utilizados apenas como pano de fundo ou elementos contextuais.

Tais temas ou categorias de análise foram redemarcados ao longo do processo de construção do estudo, tendo como proposta se alcançar um referencial teórico que contribuisse para o conhecimento do trabalho em educação em saúde. Com isto esperei contribuir, também, para responder a uma necessidade da enfermagem em seu desenvolvimento científico e político.

O ensaio teórico é definido por Severino (1986, p. 194) como "uma exposição lógica e reflexiva e em argumentação rigorosa com alto nível de interpretação e julgamento pessoal". É um dos tipos de estudo que faz parte da linha de pesquisa denominada teórica ou conceitual e que, segundo Demo (1987, p.23), "é aquela que monta e desvenda quadros teóricos de referência".

Embora dentre as pesquisas teóricas, o ensaio se caracterize por uma maior liberdade do autor em defender posições sem um rigoroso aparato bibliográfico e empírico, foi imprescindível que se apoiasse em princípios de cientificidade e que não dispensasse o rigor lógico e a coerência de argumentação (Severino, 1986, p.195).

Para tanto, procurei basear meu estudo em critérios de cientificidade amplamente aceitos, como os apresentados por Demo (1981, p.14), Salomon (1979, p.135) e que são destacados por Eco (1989, p.21-23), ao dizer que o trabalho científico deve apresentar um objeto reconhecível e definido, dizer sobre este objeto algo que ainda não foi dito ou rever sob diferente ótica o que já se disse, ser útil aos demais estudos e fornecer uma continuidade pública.

2. METODO DE ABORDAGEM

Compreendo que a definição da metodologia de uma estudo científico deve levar em consideração não apenas os critérios de cientificidade, mas a natureza do problema ou especificidade do objeto de investigação, de forma a melhor atender as necessidades do pesquisador.

Segundo Demo (1987, p.93), embora sempre baseadas em estruturas lógicas, o que distingue as abordagens metodológicas é a dose de manipulação lógica, as concepções de realidade subjacentes, os compromissos ideológicos, as maneiras de classificar e recortar fenômenos e os modos de privilegiar faces específicas dos mesmos. Assim, dentre os distintos métodos científicos baseados em diferentes concepções de mundo e de ciência, optei por uma abordagem dialética, tomada aqui, não como única, exaustiva ou suficiente metodologia para explicar toda a realidade, mas como possibilidade metodológica que favorece a crítica, a criatividade e a sensibilidade necessárias ao se por em questão fenômenos sociais.

Desta forma, os pressupostos fundamentais da dialética, longe de serem utilizados como esquemas rígidos de simplificação explicativa, forneceram, no dizer de Demo (1987, p.88) "expedientes metodológicos para destacar relevâncias"

O método dialético tem levado a diversas interpretações e modos de aplicação científicas, mesmo porque, a concepção de um universo e sociedade que o fundamenta, qual seja, o materialismo histórico e dialético, vem sendo amplamente discutido e reavaliado nos últimos anos.

Portanto, explicito algumas características da metodologia dialética, extraídas de Demo (1987, p.90-101) que esclarecem a minha perspectiva e entendimento sobre a mesma:

- problematiza com maior inteligência a relação entre sujeito e objeto, superando posições mecânicas e estereotipadas ligadas a visões estáticas da objetividade e da neutralidade, reconhecendo o conhecimento como processo;

- responde melhor à dinâmica histórica, através de um instrumental também dinâmico de captação;
- aceita a realidade e a ciência como produtos não acabados e pode conviver criativamente com a processualidade histórica, transportando para dentro de si mesmo essa característica, superando o dogmatismo e entendendo-se como pesquisa, indagação, crítica e autocrítica;
- encontra um certo meio termo entre condicionamentos objetivos da realidade e a possibilidade de prolongar a história através da iniciativa do homem (relação objetividade x subjetividade), regularidades x descontinuidades, factualidade x possibilidade);
- propõe a visão da totalidade, no sentido de esforçar-se por recortar menos a realidade e de não formalizá-la em partes estanques (a percepção do todo se opõe a visão fragmentária, unilateral, independente, imediata e linear do senso comum);
- é capaz de captar não só os condicionamentos materiais da ação humana mas igualmente as formas de representação e posicionamento social e o político-ideológico como esfera da ação humana (recupera o homem como ator na história e portanto é capaz de entender fenômenos qualitativos, profundos e não mensuráveis);
- é uma metodologia crítica e autocrítica, como requer a dinâmica da realidade social, pois não se satisfaz com a realidade aparente e posturas fechadas, proporcionando a polêmica construtiva, a visão multifacial, pluridimensional e se mostrando capaz de questionar radicalmente o real (*"as potencialidades da realidade social podem ser consideradas teoricamente ilimitadas"* Demo, 1981, p.164).

3. PROCEDIMENTOS, RECURSOS E TECNICAS

O ensaio teórico foi desenvolvido através dos seguintes procedimentos.

- A - Seleção e revisão crítica de literatura relevante relacionada ao tema educação em saúde e processo de trabalho em saúde e especificamente da enfermagem.
- B - Seleção e apresentação de um referencial teórico que, coerente ao método de abordagem dialético, enriquecesse o processo reflexivo-argumentativo, bem como construir pontos de relacionamento deste referencial com a temática proposta. Neste sentido, o estudo buscou construir uma relação significativa do referencial de Agnes Heller acerca do "cotidiano" com a prática educativa em saúde
- C - Reflexão crítica sobre temas ou categorias selecionadas sobre o objeto de estudo. O que se deu através da exploração de duas temáticas específicas: "o estereótipo do individual e do coletivo" e o "processo de trabalho de educação em saúde", tomado em seus momentos básicos.
- D - Proposição de elementos para um referencial teórico metodológico aplicado ao processo de trabalho de educação em saúde. Tal proposição se deu pela reconstrução de três categorias que permearam o estudo e que são apresentadas como elementos fundamentais para a elaboração deste referencial. Neste procedimento foram também utilizados novas referências teóricas e uma síntese ilustrativa de algumas indicações e contribuições do estudo.

O processo lógico de análise foi essencialmente dedutivo embora não se abandonasse o processo indutivo, manifesto desde as motivações empíricas presentes na escolha dos temas de análise e no seu relacionamento com minha percepção e experiência pessoal. Segundo Salomon (1979, p.140) o método dedutivo se destina a demonstrar e justificar, exige recursos lógicos discursivos e gera enunciados analíticos pois, "move-se do geral para o particular, do abstrato para o concreto" (ibidem, p.148).

Respalhada pela relativa liberdade metodológica que este tipo de estudo permitiu, procurei explorar diversas possibilidades técnicas que melhor se adequaram as necessidades e objetivos do mesmo. Neste sentido foram empregados alguns recursos e técnicas sugeridas por Salomon (1979), como por exemplo: - enunciados analíticos; - enunciação clara e precisa do problema e da tese; - exame de trabalhos anteriores, - argumentos adequados à natureza do problema, - exame de contra-argumentos, - inferência dedutiva, entre outros.

IV - ENSAIO TEORICO - ESTRUTURA TEXTUAL :

CAPITULO I - O COTIDIANO

1.1. UNA APROXIMAÇÃO COM O FOCO DE REFLEXÃO : O COTIDIANO

O tema de estudo deste trabalho é o processo de trabalho em educação em saúde sob um foco específico, o cotidiano. Como trata-se de uma reflexão, é necessário apresentar a perspectiva teórica e os conceitos envolvidos na análise a que me proponho.

Na verdade, nesta explicitação teórica procurarei traduzir, de forma bastante sintética, o rico referencial produzido por Agnes Heller (1). Minha opção por tal referencial se deu por considerar relevante a contribuição que esta pensadora dá, frente às interrogações que se faz ao marxismo atualmente e por sua opção em realizar uma re-leitura do mesmo, com base na relação entre ética e sociedade. Um marxismo que busca explorar novos temas, que não transige da prioridade do sujeito, que recupera as

-(1)- Agnes Heller é filósofa húngara integrante da escola de Budapeste, formada por discípulos de Georg Lukacs, de quem foi especial assistente e colaboradora.

dimensões do indivíduo, da qualidade de vida, da liberdade, da felicidade, da vida cotidiana e dos problemas da existência.

A profundidade da obra de Heller, seu cunho político-filosófico, torna complexa a tarefa a que me proponho, mas seu pensamento é tão estimulante e novo que julgo ser imprescindível aplicá-lo aos estudos do campo específico da saúde. Desconhecendo trabalhos na área de enfermagem que utilizem, especificamente, este referencial e aproveitando-me da oportunidade de exercício teórico que a metodologia deste trabalho me oferece, relevo as prováveis limitações que se impõem, esperando que esta reflexão contribua para novos trabalhos sob esta perspectiva.

Segundo Heller (1991, p.19), "a vida cotidiana é o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais, por sua vez, criam a possibilidade da reprodução social."

Para o entendimento da vida cotidiana é necessário apresentar algumas noções relacionadas ao entendimento do ser humano, como as de particularidade, individualidade e generalidade.

Segundo este referencial, se diferencia o significado de particularidade e individualidade. A particularidade diz respeito à vida comum de todo o homem que, a partir do cotidiano se desenvolve e dele não se desloca, é aquilo que o torna centrado sobre si mesmo, sobre suas necessidades de sobrevivência, seus desejos, seus problemas, suas percepções pessoais. Já a individualidade "é desenvolvimento, é devir...Este devir constitui um processo de elevação acima da particularidade; é o processo de síntese através do qual se realiza o indivíduo" (ibidem, p.49).

Assim, o indivíduo se desenvolve a medida que desenvolve sua generalidade, a medida que a consciência do "nós" passa a ser decisiva nas suas percepções e ações, a medida que o seu "eu" deixa de ser o comandante absoluto de sua vida, não para diluir-se, mas para compor uma síntese com sua essência social, guiando seus projetos, sonhos e realizações por novos valores e significados. "O indivíduo é um [ser] singular que sintetiza em si a unicidade da particularidade e a universalidade da generalidade." (Ibidem, p.55).

E como todo homem é particular e também genérico, sendo impossível separar o ser particular (singular) do ser individual-genérico (universal/integral), apenas enquanto exercício de explicitação teórica é que posso analisar separadamente cada um desses conceitos.

O homem particular nasce em condições sociais concretas, em sistemas concretos de expectativas, dentro de instituições concretas. Deve aprender a usar as coisas, apropriar-se dos sistemas de usos e dos sistemas de expectativas e, adquirindo uma capacidade prática média, desenvolver uma função natural e gradativamente, para que possa reproduzir-se e, assim, a sociedade reproduzir-se.

O homem se apropria das diversas capacidades (manipuladoras e orientadoras) e estas são continuamente exercitadas pois quanto mais dinâmica e complexa é a sociedade tanto menos está concluída e, portanto, põe a prova a capacidade vital do homem. Além disso, vive exigências opostas e contraditórias que o obrigam, valendo-se das possibilidades alternativas oferecidas, a elaborar modelos de comportamento paralelos e alternativos.

Num homem particularizado, a hierarquia dos afetos e valores se organiza em função dos desejos e necessidades da particularidade, ou seja, não transcende o sentido da auto-conservação. O desenvolvimento da civilização e as relações sociais cada vez mais complexas nutrem e alimentam a particularidade, que se torna, pela alienação, "o sujeito da vida cotidiana", como se somente esta vida fosse sua vida inteira. Assim, o homem reduz sua essência, suas qualidades genéricas (como o trabalho) a simples instrumento de subsistência, ou seja, meio de negação de sua essência. Todos os sentidos físicos e espirituais são substituídos pelo sentido do ter-possuir.

"O homem se objetiva de numerosas formas...formando seu mundo, forma, também, a si mesmo"(ibidem., p.24). Em sua relação com a vida cotidiana, em seus afetos e reflexões a respeito destas relações, enfrenta processos de objetivação. Se olharmos o homem como ser exclusivamente particular, raramente há a necessidade de atividades genéricas, que ultrapassem a apropriação do imediato e cotidiano. Para a auto-conservação e a conservação de seu ambiente imediato deve afirmar-se frente a outros homens, outros ambientes, o que torna "a vida cotidiana impregnada pela luta por si mesmo...e a luta contra outros" (ibidem, p.30).

Todo homem particular possui características e pontos de vista particulares a partir dos quais se desenvolvem motivações particulares. Estas levam à percepção e manipulação do mundo a partir de si mesmo, tornando a consciência do eu e do mundo simultâneas e gerando diversas formas de mistificação dessa sua particularidade.

Todos os indivíduos tomam parte do desenvolvimento dos valores sociais e das características humanas no curso da história, embora poucos homens encarnem, em suas vidas, o desenvolvimento máximo destas características e valores alcançado por uma dada sociedade (os homens que atingem tal situação são denominados, por Heller, indivíduos representativos).

Assim, embora o indivíduo representativo seja o que encarna o máximo desenvolvimento genérico da sociedade (difere dos homens singulares médios), todo indivíduo é parte do desenvolvimento das características humanas no curso da história que determinará o desenvolvimento de valores sociais. Dentre estas características, Marx considera fundamentais a sociabilidade e o trabalho, daí decorrendo a importância que o trabalho assume no desenvolvimento do indivíduo e para a compreensão do estágio de desenvolvimento social.

Embora, na linguagem de Heller, generalidade signifique sociabilidade, isto não significa que a sociedade encarna completamente a generalidade, sendo possível, até, que, para o desenvolvimento humano genérico, uma dada sociedade tenha que ser negada. Isto porque o homem particular começa a amadurecer para tornar-se indivíduo quando começa "a deixar de aceitar como circunstâncias definitivas tanto sua unicidade [características pessoais] como as formas concretas de sua universalidade" (ambiente, comunidade e outras formas de integração). "O indivíduo conhece a si mesmo e a suas circunstâncias", usa de formas ideológicas e de comportamento criadas pela sociedade (moral, política, arte, filosofia) para explicitar a essência humana e favorecer uma relação consciente com a generalidade (2), isto é, para não subordi-

nar-se à autoconservação (lei dominante da maioria dos particulares), mas motivar seu cotidiano por novos valores. Com base nestes novos valores, impulsiona, muda, ordena as circunstâncias dentro de limites temporais, naturais e sociais. Toma, assim, o seu destino, construindo a si à medida que constrói o mundo, interiorizando a síntese de sua generalidade e singularidade e realizando sua relativa autonomia a medida que o conteúdo de suas opções são marcadas pela individualidade.

A partir deste entendimento preliminar acerca do conceito de homem, posso sintetizar alguns aspectos importantes para a análise do cotidiano.

- O homem particular tem seu desenvolvimento genérico(integral) limitado pela sua vida cotidiana, pelas possibilidades que sua posição no mundo e sua situação de classe lhe dão de estabelecer relações com a totalidade, de cultivar suas características e elevar suas capacidades pessoais ao nível da unidade com o todo - generalidade.

- O conjunto das atividades cotidianas adquire uma continuidade em determinadas fases históricas e ou períodos da vida do homem, o que determina o "modo de vida" dos particulares.

-(2)-Relação consciente com a generalidade para Heller não tem o mesmo significado de consciência da generalidade. Segundo a autora, todo homem tem consciência de sua generalidade (atua como ser comunitário-social dispõe de consciência e seu agir repercute além de si mesmo), mas isto nem sempre implica numa "relação consciente com a generalidade". Esta só ocorre quando a generalidade se desenvolve a ponto de se converter em motivação de seus atos (vê além de seu cotidiano e consegue uma relação construtiva entre sua unicidade e universalidade, entre a consciência do "eu" e do "nós"). (ibidem, 1991, p.32).

No entanto, mudanças e reestruturações mais ou menos relevantes podem ocorrer. Quando tais mudanças são ocasionais (específicas de uma dada situação), a tendência geral da vida cotidiana não muda, mas mudanças radicais, crescendo numericamente, preparam as revoluções sociais, que por sua vez, transformam os fundamentos do modo de vida de todos os homens particulares.

- A vida cotidiana é espontânea, pragmática e, por força da atual organização social, economicista (3). Seu desenvolvimento é apreendido com o "amadurecimento para um mundo acabado, interiorização quase adaptativa ao mundo como ele é". (ibidem, p.24). E, para a maioria dos homens particulares, para suas atividades normais, para as tarefas que a sociedade lhes impõe, não é necessário ser indivíduo ou se apropriar de nada além do imediato e cotidiano.

- A vida cotidiana é impregnada pela luta por si mesmo (autoconservação) e a luta contra outros (luta de classes).

- O grau de alienação de uma sociedade depende da possibilidade, para o homem médio, de realizar na vida cotidiana, uma relação consciente com a generalidade. No capitalismo pode convergir desenvolvimento do homem particular e desenvolvimento social, mas se dá a máxima alienação da essência humana.

- A vida cotidiana é hierárquica e heterogênea em diversos sentidos e aspectos. "A vida cotidiana é a vida do homem

-(3)-O economicismo da vida cotidiana é discutido por Heller (1985, p.31): " Toda categoria da ação e do pensamento manifesta-se e funciona exclusivamente enquanto é imprescindível para a simples continuação da cotidianidade; normalmente, não se manifesta com profundidade, amplitude ou intensidade especiais, pois isso destruiria a rígida "ordem da cotidianidade".

inteiro, ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua personalidade" (ibidem, p.26). Ela mantém ocupadas muitas capacidades, pois requer atividades heterogêneas e desenvolve atitudes e sentimentos heterogêneos (nela operam máximos graus de intensidade de reações passivas). Ao contrário, os processos pelos quais os homens se objetivam como seres genéricos não desenvolvem, ao mesmo tempo, tantas capacidades e afetos, mas exigem uma capacidade notadamente maior em determinado aspecto e são realizados através de reações afetivas ativas (que acompanham, se referem e impulsionam uma atividade).

- A vida cotidiana é em seu conjunto, um ato de objetivação, porque expressa o sujeito como ser concreto e as próprias relações de reprodução. A objetivação da vida cotidiana se move em determinado nível, constituído por um certo "mundo" (integrações, sistemas de uso, juízos, afetos, educação, técnica), que pode ser mudado pela manifestação de uma pluralidade de sujeitos. Uma ação pode, ou não, ser um ato de objetivar-se (expressar a personalidade do sujeito e atuar nos outros), como também pode mudar mais ou menos o objeto a que se destina e o próprio sujeito que a realiza.

- A vida cotidiana é dominada pelo pensamento cotidiano, caracterizado pelo antropomorfismo (representação da realidade em sua totalidade como análoga a sua vida cotidiana) e pelo antropologismo (incapacidade de abstrair das experiências e percepções concretas). O pensamento não cotidiano (científico-filosófico) não pode ser elaborado pelo simples prolongamento, descrição, sistematização dos conteúdos da experiência e do pensamento cotidiano, deve extirpar o antropomorfismo pragmático do

mesmo. A compreensão de como ela opera é fundamental para qualquer ação pedagógica.

- A estrutura social e o grau de desenvolvimento genérico não são vislumbráveis imediatamente através da vida cotidiana, mas esta sempre expressa algo sobre eles. Suas contradições são contradições do desenvolvimento social em seu conjunto, seus conteúdos de valor expressam o estado de humanização da sociedade, não só através da análise da produção e distribuição, ciência, arte, técnica, moral, trabalho e instituições, mas, principalmente, pelas relações humanas que se desenvolvem no interior destes processos.

- Apesar da heterogeneidade da vida cotidiana, nela existem esferas e objetivações mais ou menos homogêneas. O processo de homogeneização deve ser entendido aqui não como uniformização-massificação, perda da diversidade e identidade, mas como o processo de saída da cotidianidade, de desenvolvimento da individualidade, no qual, quanto mais unitário se torna o particular mais homogêneas se fazem suas capacidades e habilidades ("homem inteiramente comprometido", *ibidem*, p.116).

- Não existe uma separação rígida entre vida cotidiana e atividades e pensamentos não cotidianos. O particular está em constante movimento entre suas atividades cotidianas e genéricas, públicas e privadas, alienadas e conscientes e, neste movimento se conformam, ao mesmo tempo, o mundo e o próprio homem.

Como se vê, a complexidade do tema oportunizaria reflexões mais profundas, mas nesta aproximação inicial com o foco de análise não se pretende tal penetração. Ao longo do estudo serão retomadas muitas destas referências, não mais em sua forma con-

ceitual abstrata, mas como instrumento de análise de temas específicos do trabalho em saúde e especificamente da relação educação popular e saúde. Novas referências ao pensamento de Heller serão feitas principalmente no que se refere à análise do trabalho, quase não abordado até o momento.

1.2. O COTIDIANO E AS PRATICAS EDUCATIVAS EM SAUDE

A explicitação do referencial teórico que permeará esta reflexão permite uma maior orientação ao trabalho, o que pode ser demonstrado por uma primeira relação deste quadro teórico com o tema educação em saúde.

O fato de tomarmos a educação e a saúde como práticas sociais e históricas denota que o modo como se realizam pode revelar muito sobre o grau de desenvolvimento social alcançado por determinada sociedade, que possibilidades foram dadas para a maioria dos homens se tornarem "indivíduos", de desenvolverem suas potencialidades humanas e qual foi o papel representado por tais práticas neste processo.

A análise das práticas de educação e saúde pode ser reveladora num duplo sentido:

-1- Como processo de trabalho de uma parcela especializada de sujeitos: - analisando a organização deste trabalho, seu objeto, instrumentos, finalidades, o saber instituído e a forma como este foi construído e difundido ao longo da história; as relações sociais inerentes ao trabalho, a alienação, as relações

com outros processos de trabalho, com o Estado e com a sociedade como um todo, entre outros.

-2- Como aspecto ou recorte da vida cotidiana de sujeitos históricos: - analisando as percepções, significados, representações e atitudes dos sujeitos, grupos, classes, comunidades em relação a estas práticas; a apropriação ou não de tais práticas e os modos utilizados para tal; o quanto tais práticas limitaram ou alimentaram o desenvolvimento do indivíduo nas diferentes épocas; os fatores que historicamente determinaram as relações sociais no interior de tais práticas e a cotidianidade ou não das mesmas no decorrer da história, entre outros.

Somente esta rápida composição já fornece inúmeras questões de estudo e pesquisa, o que reforça a necessidade de definição dos limites deste trabalho. Como meu foco principal de análise é o cotidiano e as práticas educativas em saúde e, como este ainda é um tema obscuro, delimitarei minhas reflexões na abordagem de dois subtemas. O primeiro deles possui uma relação com as questões abordadas por Heller, sobre a relação particularidade-generalidade e com as mistificações surgidas sobre tais conceitos (indivíduo-coletivo) que tratarei através do que denominarei "Estereótipo do individual e do coletivo". O segundo subtema refere-se ao processo particular de trabalho em educação em saúde, onde procurarei levantar alguns elementos que contribuam para a compreensão do mesmo.

1.2.1. O ESTEREÓTIPO DO INDIVIDUAL E DO COLETIVO

A partir do referencial de Heller pode-se tomar a educação em seu potencial para o desenvolvimento do homem genérico, da individualidade, ou seja, da possibilidade de superação do cotidiano através do processo educativo. E na forma como a educação se processa em suas relações com as práticas de saúde, recuperar este potencial significa romper o pensamento cotidiano que limita e inibe a transformação deste mesmo cotidiano. Daí a importância de discutir o estereótipo do individual e do coletivo, como um conteúdo deste pensamento cotidiano que tem efeitos diretos sobre o trabalho educativo em saúde e de como este interfere no desenvolvimento do homem genérico.

Analisando a articulação trabalho-educação, Arruda (1987, p.66) aponta para a função de "domesticação dos trabalhadores para a servidão voluntária" que é delegada à educação na sociedade capitalista. Embora se refira à educação formal, a análise do autor é aplicável à educação em seu sentido mais amplo: a educação que se estrutura para que o indivíduo "se conforme com a estreiteza do trabalho humano, negado enquanto modo de existir e afirmado apenas enquanto modo de subsistir", tem se organizado de modo que "consolida na cabeça dos educandos os divórcios característicos da própria divisão do trabalho...: entre escola e sociedade, entre trabalho intelectual e trabalho manual, entre saber erudito e saber popular, entre o individual e o social, entre ciência e técnica, entre a necessidade e a liberdade, entre decisão e execução, entre teoria e prática."

E incontestável a necessidade, apontada pelo autor, de identificar as raízes de tais divórcios, suas consequências e possíveis formas de superá-los. Tal trabalho é teórico, já que "o conhecimento da realidade histórica é um processo de apropriação teórica" (Kosik, 1986, p.45), mas tem a prática como limite e fundamento, já que tem como objeto a própria prática social de sujeitos históricos.

Como este estudo se focaliza nas práticas educativas em saúde, seria muito interessante analisar tais "divórcios", mas a abrangência e complexidade dos mesmos e o risco de banalizações faz limitar-me à abordagem do divórcio entre individual e coletivo nas práticas de saúde e especialmente no trabalho educativo.

A forma como são construídos e reproduzidos determinados saberes, enquanto instrumentos de determinado trabalho, ou ramo da ciência, que por sua vez surgem e se reproduzem em resposta a determinadas necessidades sociais, traz em si uma complexa relação de fenômenos sociais, valores e concepções, repletos de contradições e indicativos do estágio de desenvolvimento humano e social em determinado período da história.

Assim, ao contrário do que ingenuamente pensamos ao julgarmos nosso trabalho no setor saúde, este não está baseado em valores conscientemente assumidos, nem em concepções elaboradas por uma parcela de eleitos. A base teórica de qualquer trabalho, seja a mínima exigida para um trabalho técnico-manual, seja a do mais alto nível de abstração e generalização ou especialização e tecnologia, estará sempre relacionada com o permanente movimento do homem na história, com a maneira de se organizar socialmente, com o modo de produzir e reproduzir sua vida, objetiva e subjetiva.

vamente, ou seja, com os fundamentos filosóficos que sustentam determinado modo de produção e reprodução social.

Assim, valores e conceitos que se tornam pilares do conhecimento e desenvolvimento tecnológico no setor saúde, têm suas raízes nas contradições presentes na história e na vida de cada homem, nos embates entre visões distintas da realidade e entre classes com interesses distintos. No entanto, nem sempre são ativamente e conscientemente incorporados ao pensar e agir dos trabalhadores da saúde, correndo o risco de serem tomados como valores e conceitos imutáveis, suficientes e verdadeiros sob o ponto de vista da realidade em que se inserem.

Não cabe aqui historiar as concepções de homem, sociedade, saúde-doença, enfermagem, educação e outras, presentes nas práticas de saúde ao longo da história. Entre outros autores que exploraram tais questões Garcia (4) apresenta as correntes de pensamento no campo da saúde e a relação medicina e sociedade. Na enfermagem tem se tornado significativa, atualmente, estudos com esta preocupação.

O que primeiramente pretendo colocar é que, muitos destes conceitos, embora sempre gerados ou influenciados por uma ou mais correntes de pensamento, ou seja, uma visão de mundo que possui uma lógica e coerência interna próprias, nem sempre são transmitidos e assimilados dentro de seu devido horizonte teórico. Destituídos de seus pressupostos filosóficos, dos fundamentos

(4)- GARCIA, Juan Cesar. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo D. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p.97-132.

_____. As ciências sociais em medicina. In _____ Pensamento social em saúde na América Latina. NUNES, E.D. (org). São Paulo: Cortez, 1989. p.51-67.

de seu raciocínio, perdem seu atributo conceitual e tornam-se simples estereótipos, mistificações, superficialidades. E já que o trabalhador em saúde não articula tais conceitos isolados a uma representação da realidade, por parcial que seja, por que não se apropriou de tal conhecimento, muito menos poderá retratar em sua prática o nexos e o sentido de tais conceitos com a totalidade social.

É claro que isto é relativizado pelo próprio profissional, enquanto sujeito de sua formação e prática que pode, através do conhecimento, romper com tais estereótipos. Este conhecimento poderá ser crítico, novo e articulado com a ação transformadora e, se assim o for, o produto da ruptura será também a superação de qualquer pensamento que se oponha à contínua reconstrução teórica, no sentido da compreensão do seu trabalho na dinâmica social. No entanto, a ruptura com os estereótipos pode se dar pela incorporação das diferentes concepções epistemológicas e, pela defesa de interesses corporativistas e hegemônicos. (Não se pode afirmar que o sujeito que faz uma opção reacionária não tenha adquirido uma determinada orientação teórico-filosófica).

Para analisar, mesmo que brevemente, o estereótipo do individual e do coletivo nas práticas de saúde, especialmente nas práticas educativas e de enfermagem, partirei de alguns pontos que considero fundamentais: - o modo como se apresentam tais práticas assentadas na visão estereotipada do individual e do coletivo; - o pano de fundo teórico-histórico do qual emergem tais estereótipos; - a síntese provisória para compreensão deste aspecto.

No primeiro momento, que denominarei de Inventário Inicial, farei o esboço de minhas percepções pessoais sobre o tema; no segundo momento, ou Resgate Crítico, tentarei romper com o estereótipo através do delineamento ou clarificação de seu fundo teórico; e no terceiro momento ou Reelaboração, procurarei compor uma síntese significativa sobre o tema, à luz de um referencial teórico específico.

- INVENTARIO INICIAL

O que se percebe na prática de enfermagem, para não dizer nas práticas de saúde, é que a divisão social e técnica do trabalho e as imposições do sistema capitalista não impuseram divisões e fragmentações do saber apenas em seu plano mais técnico, enquanto necessidades de campos específicos de atuação, de domínio de tecnologias específicas. Esta divisão do saber atingiu níveis mais profundos, planos mais abstratos, desarticulando conceitos, desintegrando marcos teóricos e estruturando seu conhecimento e ação com base em diversas tendências teórico-filosóficas.

Nos cursos de graduação em enfermagem, por exemplo, é comum o aluno receber os conhecimentos básicos e introdutórios à profissionalização fortemente ligados às concepções idealistas/positivistas, ter, também, conteúdos e experiências práticas influenciadas pela visão fenomenológica de mundo e, quando em contato com o campo de saúde coletiva, se deparar com uma interpretação mais materialista da realidade social e da doença. Além disso, todo o aparato instrumental/metodológico de sua prática e as poucas oportunidades de iniciação científica, permanecem, du-

rante todo o curso, atreladas aos métodos positivistas de ciência, sem que tenham consciência plena do conteúdo que as sustentam.

Se este contato com diversas correntes de pensamento fosse realizado com uma reflexão teórica, poderia se constituir num exercício crítico construtivo. Mas a verdade é que nem sempre estão claras, até mesmo para os professores, as raízes teóricas de suas posições em salas de aula e campos de estágios.

A assimilação acrítica do divórcio entre processo de trabalho em saúde individual e em saúde coletiva é mais séria exatamente porque passa pela assimilação acrítica dos conceitos de homem, sociedade, saúde-doença, causados por esta desarticulação teórica, ou quando muito, por uma "homogeneização na superfície do discurso crítico" (5), como se "individual" e "coletivo" se referissem a sujeitos diferentes.

Resulta disto a idéia de dois campos de trabalho aparentemente excludentes e diferenciados por critérios questionáveis. Um destes critérios é a organização do sistema de saúde, ou seja, o tipo de instituição ou serviço: em instituições hospitalares, de reabilitação, ou similares, o trabalho realizado é considerado de saúde individual, enquanto as ações desenvolvidas em serviços ambulatoriais ou da rede básica de saúde são consideradas de caráter coletivo. Outro critério é a designação de "individual" para o trabalho que desenvolve ações de nível secundá-

-(5)- Expressão usada por Frigotto para caracterizar o processo pelo qual a superficialidade com que são assimilados os referenciais progressistas leva a homogeneização do discurso crítico, mas que revela, na análise e na ação, um arraigamento às categorias humanistas/positivistas/funcionalistas do pensamento dominante.

rio e terciário ou com foco sobre a clientela doente e a designação de "coletivo" para o trabalho que visa ações de nível primário, de prevenção ou com foco sobre a clientela sadia(6). E ainda são caracterizadas como ações de saúde individual ou coletiva levando-se em conta o número de pessoas atingidas pelas mesmas (sejam a nível de planejamento, assistência ou educação)

Como se vê, ao se pensar em trabalho em saúde individual ou coletiva leva-se em conta, ou o local/instituição onde se realiza, o tipo de ação ou sua finalidade, ou seu resultado em termos de raio de ação. Normalmente, pelo menos no imaginário da maioria dos profissionais, não se opera uma análise do objeto de trabalho de tais práticas, sua organização tecnológica; tampouco surge como uma necessidade a elucidação do processo de trabalho como um todo, das relações de seus componentes ou deste com outros trabalhos e com a própria sociedade.

O trabalho assim percebido, isolado, autônomo, delimitado e estático, se presta mais facilmente à fragmentação e à ação desarticulada e corporativista. E preciso salientar, no entanto, que o processo de mudanças por que passa o setor saúde e o crescente interesse da enfermagem em compreender o seu processo de trabalho, têm ampliado significativamente os estudos focalizados na elucidação de tais questões. Exemplo disto são os estudos de Almeida, Castellanos, Leopardi, Pires, entre outros.

-(6)- Percebe-se, neste modo de caracterizar as ações de saúde, a forte influência legada pelo modelo de Leavell e Clark que, não fugindo de uma idéia classificatória da doença, não conseguiu dar conta de sua dimensão histórico-social. Apesar das críticas que este modelo sofreu, a utilização do paradigma da "história natural da doença" não se limitou ao nível acadêmico e foi erroneamente tomado como modelo científico, o que levou a implicações até mesmo a nível da organização das ações de saúde .

Uma das consequências da interiorização da visão estereotipada acerca do trabalho é a definição dos papéis do profissional e da clientela de forma também estereotipada. Quando se trata do trabalho em instituição hospitalar parece ocorrer uma maior demarcação destes papéis (o que não significa que esta não seja dada de forma alienada). Isto talvez se deva, no caso da enfermagem, a uma relação histórica entre a profissão e a instituição hospitalar e à realização do trabalho de enfermagem como atividade-meio do processo de trabalho médico. (Castellanos, 1989)

Isto é claramente exposto por Pires (1989), quando analisa que a institucionalização do trabalho médico no espaço hospitalar foi de fundamental importância na transformação das relações de trabalho e no "processo de imposição da medicina como a verdadeira ciência da saúde e dos médicos como seus legítimos representantes" (ibidem, p.97). A partir deste fato a ação de saúde passa a ser resultante do trabalho parcelar de diversos profissionais, onde cabe ao médico exercer o poder institucional e o controle do processo de trabalho em saúde e à enfermagem cabe executar ações complementares e auxiliares na consecução da ação terapêutica.

Já o trabalho em saúde coletiva tem sido referido em sua perspectiva de defesa dos interesses populares, perspectiva esta, dada pelo relativo afrouxamento do cerco institucional, pela forma mais sutil com que se apresenta a hegemonia médica, pela possibilidade de novos espaços de atuação e de utilização de instrumental diferenciado. Mas estes e outros aspectos não parecem ser suficientes para evitar a desarticulação entre as ações profissionais e os projetos populares. Mesmo porque, apesar de ser

considerada "saúde coletiva", não foge da organização tecnológica da assistência à saúde individual, mantendo o direcionamento e centralização de toda sua produção de serviços na consulta médica e a limitação de seu objeto de trabalho à demanda espontânea, pelo menos na grande maioria de suas ações.(7)

Assim, apesar das especificidades do trabalho da enfermagem, adquiridas por suas raízes e formas próprias de se realizar, tem culminado com a apropriação alienada (8) de seu próprio processo de trabalho e com a reprodução das distorções do modelo dominante no setor. Através deste trabalho, realizado sobre um objeto negado enquanto sujeito histórico, cujo instrumental é limitado a simples ferramentas do "agir sobre" e cuja finalidade e organização ficam subordinadas aos interesses hegemônicos, reproduzem-se os conceitos que o caracterizam e dentre eles a noção do individual e do coletivo".

São estas noções que acredito se constituírem como estereótipos, entendido aqui como "clichê, chavão, lugar comum", idéia "tornada invariável, fixa, inalterável". (Ferreira, 1986, p.720). As idéias assim tomadas inviabilizam o questionamento e a transformação da própria prática, já que a justificam tal como é. Por isso a noção acerca do trabalho em saúde individual e coletiva, assim como todas as idéias em torno das várias ações

-(7)- Fato já levantado em diversos estudos é demonstrado na pesquisa de Almeida et al.(1991, p.64-75), que analisa o trabalho em unidades básicas de saúde.

-(8)- O termo trabalho alienado é aqui utilizado no sentido marxista usado por Agnes Heller, para designar o trabalho cujo produto é estranho e externo ao próprio trabalhador, deixando de ser forma de auto-realização para se tornar "meio" de satisfação de necessidades fora do trabalho (subsistência).

desenvolvidas pela enfermagem irão influenciar a forma como as mesmas serão planejadas, executadas e avaliadas.

Considerando-se, por exemplo, as ações de enfermagem comumente desenvolvidas em unidades de saúde, poder-se-ia caracterizá-las de forma bem diversa do modo como são idealmente concebidas, mas sim de como se apresentam na maioria das práticas:

- ações próprias do enfermeiro mas integradas ao modelo médico individual: consultas de enfermagem e similares;

- ações de caráter programático e gerencial: ações ligadas à administração de recursos humanos e materiais, vigilância epidemiológica, vacinação, campanhas diversas;

- ações educativas: assim como a visita domiciliar, as ações educativas são realizadas dentro das caracterizações anteriores, só que geralmente não superam o modelo médico individual. As principais ações educativas realizadas por enfermeiros são orientações quanto às ordens médicas, orientações à grupos específicos de doentes (diabéticos, hipertensos, entre outros.) ou grupos incluídos em programas específicos (saúde da mulher, saúde da criança), orientações quanto à prevenção de doenças (AIDS, Cólera, verminoses, ...). De modo geral, tais ações são executadas nas salas de consulta, vacinação e corredores de espera. Quando saem dos muros da instituição, por exemplo no caso das visitas domiciliares, quase sempre têm a finalidade de reforçar orientações e controlar indivíduos e famílias refratárias aos ensinamentos profissionais e normas programáticas.(9)

-(9)- Nestes casos vale lembrar a herança deixada desde o século XVIII pela "medicina de estado", analisada por Foucault (1989), que surgida na Alemanha difunde-se como "polícia médica", por ter assumido o papel de "normalização" da prática e saber médicos e também de controle social, justificada pela necessidade da vigilância e controle da natalidade e morbi-mortalidade.

Na verdade, práticas educativas alternativas, que se orientam para a participação e socialização do saber têm significado um avanço no sentido da organização popular e conquista da cidadania, mas ainda são numericamente insuficientes comparadas ao número de profissionais na rede de serviços. Além disso vêm exigindo um longo processo de amadurecimento, já que são construídas coletivamente e impõem um redimensionamento do papel do profissional, uma postura crítica frente ao caráter político de suas ações e a ampliação do conceito de saúde e do espaço de prática profissional.

Contribuem, ainda, na formação destes estereótipos, alguns equívocos envolvendo o trabalho. Um desses equívocos diz respeito ao entendimento do social fragmentado pela assimilação acrítica dos conhecimentos da epidemiologia clássica, de modo que aparece expresso apenas através de indicadores econômicos. Castellanos (1989, p.159-160) refere que a enfermagem tem refletido sobre "questões sociais" como "decorrentes de fatores - econômicos, políticos e culturais - que perturbam, influenciam, condicionam, em maior ou menor grau, o equilíbrio, a adaptação, a problemática do cliente e conseqüentemente, as medidas de intervenção. Esses fatores econômicos têm se referido, na nossa prática, geralmente, não às relações de produção da nossa sociedade capitalista, mas, sim, quase que só ao aporte de recursos para o setor saúde e seus programas e/ou ao montante do salário do cliente/família; por sua vez, os fatores políticos quase nunca têm se referido às instâncias jurídico-políticas e ideológicas da sociedade brasileira, mas, sim, quase que exclusivamente, à prioridade menor que se tem dado à assistência à saúde e à injusta distri-

buição de renda. Já os fatores culturais têm sido reportados aos valores e comportamentos sociais enquanto produtos históricos, sendo mencionados com frequência a falta de cultura, superstições, crenças e comportamentos não científicos".

Outro equívoco, contundente principalmente nas práticas educativas, diz respeito à forma de se encarar a relação entre saber popular e saber científico. Uma visão, já bastante criticada, é a que considera que os grupos ou a comunidade sempre estão com a razão" porque manifestam o saber popular e, sendo assim, o profissional pode fazer parte do grupo como um "igual", sem conflitos, pela simples assimilação dos objetivos do grupo. (frequente nas práticas educativas ditas "alternativas" e em grupos não institucionais). Esta visão, além de negar a diferença entre o profissional e o grupo ou clientela, muitas vezes pode servir de justificação para "soluções baratas" que distanciam ainda mais a população da conquista de seus direitos básicos, através de um discurso de valorização da cultura e da capacidade da mesma em resolver seus problemas de forma isolada.

Outra visão, não menos mistificadora, é a que nega o saber que as classes populares possuem apesar de toda a expropriação material e cultural-intelectual que sofrem. Com isto, considera que o cliente/grupo/comunidade é incapaz de reconhecer seus problemas ou agir sobre sua realidade e, portanto, cabe ao profissional, detentor do único saber válido - o acadêmico -, decidir sozinho todas as ações, influenciar ou normatizar a vida da clientela (10 - vide p.61).(comum nos trabalhos com indivíduos ou grupos em ambulatórios, instituições públicas ou privadas).

E é assim, com base em mistificações e em entendimentos equivocados ou parciais dos fenômenos e práticas sociais - como o processo saúde doença e como a educação em saúde -, enfim, de análises simplistas ou especulativas da realidade social, que se estabelece o pensamento comum que norteia as práticas de saúde. E na medida em que a práxis dos sujeitos (entendida como articulação consciência-ação), não ultrapassa o dilema imposto pela cisão das relações sujeito/objeto, individual/coletivo, natureza/sociedade, efetiva-se o ciclo vicioso de sua reprodução.

Só pela apropriação sistemática e crítica do real, de seu conteúdo histórico-social, são rompidos os estereótipos e construído o conhecimento. Neste sentido, se faz necessário recuperar algumas referências importantes para a compreensão do tema.

Neste primeiro momento, o objetivo foi demonstrar como a visão do "individual" e do "coletivo", que o profissional adquire em sua formação e reforça ao longo de sua prática, irá repercutir no modo como irá perceber o objeto e o processo de trabalho como um todo e, assim, na forma como este será desenvolvido. Procurei também apontar para o conteúdo técnico, superficial e limitante em que, geralmente, se baseia esta visão, em detrimento de seu conteúdo histórico-político-ideológico.

-(10)- O respeito pela ciência, inculcado nas classes populares e estrategicamente defendido por aqueles que se dizem seus legítimos representantes, é analisado por Boltanski (1989, p.46-47). Segundo o autor "o poder médico, para se exercer plenamente, precisa de um doente educado, mas que nem por isso deixa de se conformar e, uma vez informado, permanece tão modesto, tão ingênuo, tão confiante na presença do médico quanto o era na sua total ignorância" O respeito ao saber acadêmico se manifesta assim, pela "recusa da pretensão" de saber e pelo completo abandono do corpo às manipulações e discurso médico. Esta pesquisa revelou que "a vontade de proceder à educação sanitária do público, ou seja, em última análise, de produzir usuários racionais e conformes com a medicina moderna e a recusa em transmitir ao público os princípios médicos que fundamentam e subentendem as ordens e as prescrições do médico, não são incompatíveis, pois a educação sanitária pode também ser feita de maneira puramente autoritária e, economizando um desvio pelos princípios, contentar-se em ir do particular ao

- RESGATE CRITICO

A partir deste segundo momento procurarei, através da retomada de alguns pontos importantes que emergem da trajetória histórica da saúde coletiva, compreender o horizonte teórico no qual se deu a diferenciação das práticas de saúde em individuais e coletivas.

Para Garcia (1985), a influência de estudos, iniciados no século passado, como os de Newmann e Virchow (Alemanha), Guerin (França), Farr (Inglaterra), Puccinotti (Italia), culmina no ano de 1948 com a criação do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra. Este passa a ser o marco do nascimento do conceito de medicina social, quando a Europa, num palco conturbado por movimentos revolucionários, passa a relacionar a doença com os problemas sociais e a apontar para a necessidade de intervenção estatal no setor.

Tal explicação da doença, no entanto, teve pouca difusão, já que os avanços da bacteriologia foram decisivos para a supremacia da teoria unicausal ou microbiana da doença. Por isso somente em 1948, quando é criado o Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra, é que ressurge, com grandes repercussões, o termo "medicina social".

A relação entre as teorias de causalidade da doença e as práticas de saúde com a organização social é inegável, mas diferentes são as formas de se analisar historicamente tal relação. Foucault (1989, p.80) argumenta que a medicina sempre foi uma prática social, se opondo ao argumento de que a medicina antiga era social e a moderna é individual por estar ligada a economia

capitalista. Ao contrário, considera que o capitalismo gerou a passagem de uma medicina individual para social ao "socializar o primeiro objeto de trabalho da medicina": o corpo. E é o corpo, enquanto objeto de controle, que se transformou em "realidade bio-política" enquanto a medicina tornou-se "estratégia bio-política".

Foucault, no entanto, considera que o corpo foi atingido pelo poder médico antes mesmo da institucionalização da "Medicina da Força de Trabalho", caracterizando duas etapas anteriores na evolução da medicina social: "a medicina de estado e a medicina urbana."

Segundo a caracterização de Foucault poder-se-ia dizer que a emergência de um projeto de medicina social no Brasil se deu nos moldes da medicina urbana, ou seja, estreitamente vinculada às necessidades da higiene pública e medicalização do espaço urbano decorrentes da transferência da corte portuguesa para o Brasil e, mais tarde, quando da criação do Estado brasileiro. Nunes (1989) faz tal análise e aponta para a função da medicina social da época, de intervir e controlar a ordem urbana através da proposta de uma nova relação ordem-moral-saúde.

Somente a partir da década de 20 pode-se falar de uma medicina da força de trabalho, quando a crescente industrialização e proletarianização da população coincide com a penetração da "medicina científica", aliada aos interesses dominantes. Nunes (1989, p.117-118) aponta para três aspectos desta fase:

- caráter utilitário das ações sanitárias (manutenção da força de trabalho);
- concepção biológica da doença;

- afirmação da saúde pública "como prática técnica centrada no combate às doenças epidêmicas e que ocuparia também a função pedagógica de normalizar os grupos sociais refratários às boas normas higiênicas" (Costa apud Nunes, 1989, p.118).

Vê-se que desde a origem as práticas de saúde giram em torno da doença, seja tomando-a como fenómeno coletivo ou individual. E mais do que isso, a forma como será tomada a doença não dependerá diretamente das necessidades de saúde individuais ou sociais, mas das relações entre tais necessidades e outros factores como a distribuição do poder entre as diversas forças sociais em modos específicos de produção e reprodução social e a posição do estado nestas relações, para citar apenas alguns. São destas relações que advém a necessidade de construção de saberes específicos, que apoiem práticas específicas, adequadas à determinado modelo de sociedade.

Isto é importante como requisito para o entendimento do processo denominado por Breilh e Granda (1985) como "dialética do avanço do conhecimento epidemiológico", ou seja, de como o modelo de saúde coletiva foi se formando através da síntese particular de lutas ideológicas. Um exemplo disto, foi a penetração da medicina social nos E.U.A. e América Latina, sob o termo "Medicina Preventiva", para que o adjetivo "social" não fosse relacionado ao socialismo. Na verdade, em pleno apogeu do funcionalismo, o contexto político de repressão intelectual próprio do macarthismo (EUA), limitou em muito a utilização de estudos de cientistas marxistas como Polack, Stern e Sigerist, Rosen, etc., que constituíam uma oposição à interpretação biológica ou unicausal da doença e ao modelo clínico-flexneriano que influenciava nitida-

mente o ensino e as práticas de saúde.

Autores como Garcia (1985) e Mercer (1985) analisam tal momento histórico e colocam, ainda, como se deu a incorporação das ciências sociais nas escolas de medicina, o que de certa forma marcou definitivamente o desenvolvimento da medicina social ou saúde coletiva. Alguns fatos marcantes deste processo merecem ser destacados.

Inicialmente, a partir da influência de seminários regionais de medicina preventiva e social (década de 50), patrocinado pela OPAS e entidades como a Fundação Rockefeller e realizados em resposta ao reconhecimento do atraso científico da educação médica latino-americana, impulsiona-se a inclusão das ciências sociais nos currículos de medicina e profissões da saúde, acreditando-se que a mudança das práticas se daria pela mudança na educação médica.

No entanto, as diferenças de concepções, focos e métodos de estudo entre sanitaristas e cientistas sociais acabaram por produzir relações tensas, uma "participação marginal das novas disciplinas de conteúdo socializante" e uma "fraca incorporação nas cátedras de medicina preventiva e social" já que "as ciências básicas conservaram zelosamente seus espaços e tempos curriculares" (Mercer, 1985, p.223).

Neste período, para que as ciências sociais fossem incluídas nos conteúdos de formação dos médicos e profissionais de saúde, foram adaptadas antigas definições, desviando de seu conteúdo político e restringindo-se à análise da conduta humana. As "ciências da conduta", denominação recebida nas escolas americanas, marcaram, assim, um período de extremo domínio do positivis-

mo, especialmente da perspectiva funcionalista, nas concepções e organização das práticas de saúde. As questões de saúde eram analisadas por uma sociologia "neutralizada", com seu objeto deslocado para a conduta individual e que não questionava as relações sociais, as instituições, a ideologia. (Mercer, 1985).

Embora as "ciências da conduta" tenham tido vida curta (década de 60 marca seu declínio) é importante ressaltar as consequências destas, que ainda hoje se fazem sentir nas concepções que norteiam muitas das ações educativas na área da saúde e inclusive em muitos dos problemas levantados e ainda não completamente superados no ensino de enfermagem.

O declínio das ciências da conduta foi, para Mercer (1985), uma etapa de transição do enfoque funcionalista para o enfoque materialista, não se limitando a uma "recusa teórica à priori", mas o resultado de uma insuficiência frente a magnitude dos problemas sociais. O autor denomina o período dos anos 50 até meados de 70 de fase de "busca de identidade teórica da sociologia da saúde" e, assim descreve um dos momentos decisivos na definição do campo da medicina social ou saúde coletiva - a reunião de Cuenca em 1972 - : "a situação social e teórica impulsionava a redefinição do enfoque médico-social até então dominante. Tal redefinição partia do reconhecimento das limitações das perspectivas teóricas que atomizavam a análise do social no funcionamento individual, cujo ponto de observação era a conduta. O caráter reducionista de trabalhos baseados em histórias naturais da doença ou condutas do paciente, refletia a exclusão de componentes estruturais e aprofundava a análise sobre os determinantes da conduta do indivíduo. A insuficiência da sociologia funcionalista,

quanto a sua fonte teórica geral, juntava-se a sua limitação concreta de aplicação às condições de saúde vigentes..."

E preciso compreender que o enfoque social do processo saúde-doença e das práticas de saúde, embora estivesse há tão pouco tempo iniciado seu reconhecimento, passava por rápidas transformações, porque se situava num contexto histórico-político característico. A partir do final dos anos 60 surgem, em vários países capitalistas, diversos movimentos sociais que contestam a ordem social estabelecida e apontam para novas formas de vida, crenças e religiões. Além disso, era um período de efervescência no contexto sociológico, com aumento de produções científicas, publicações e editoras abertas à difusão da crítica política ao capitalismo e a crítica científica ao positivismo. A fase de conquistas do projeto desenvolvimentista produziu, em alguns países, um clima de relativa tolerância à nova esquerda que se formava, apesar de outros países viverem o auge da repressão político-ideológica (aliás, o clima de repressão representará, dali em diante, um dos fatores explicativos do atraso com que chega ao Brasil a crítica política e o questionamento dos fundamentos teórico-filosóficos da ciência e das práticas de saúde).

Se a influência funcionalista, da qual derivava a concepção de doença como desvio, disfunção do sistema social - naturalmente estável e integrado em todos os seus subsistemas -, era contestada, mudava-se o enfoque da doença, tomada a partir dos atos ou interações sociais anormais frente a um padrão estabelecido, para uma busca de enfoque que desse conta da complexa situação de saúde da sociedade moderna.

Um resumo da análise de Garcia (1983, p.104-107), acerca da visão funcionalista em relação a prática médica, pode ser facilmente aplicável à prática de enfermagem, principalmente considerando-se as teorias de enfermagem norte-americanas produzidas naquele período e que, mesmo não se tornando amplamente difundidas no Brasil, influenciaram lideranças intelectuais e, embora não incorporados nos currículos profissionais oficiais, se fizeram sentir até mesmo a nível de currículo oculto (11). Tais influências funcionalistas dizem respeito a idéias como:

- a prática médica é considerada um mecanismo do sistema social para superar as alterações da saúde do indivíduo, ou seja, a doença;

- a doença é definida como "um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado de seus ajustamentos pessoal e social" (Parsons apud Garcia, 1983, p.106). Ou seja, a doença é, principalmente, conduta desviada, motivada, reduzindo a análise da medicina ao nível individual, psicológico e, orientando sua prática para o controle destes desvios individuais;

- a medicina, concebida de forma geral e abstrata, não leva em conta os conflitos sociais e a intervenção da mesma na preservação dos interesses dos grupos dominantes.

Voltando para o foco central deste capítulo, a concepção estereotipada "do individual" e "do coletivo" que limita ainda hoje as práticas de saúde e principalmente as práticas educa-

-(11)- O termo "currículo oculto" é aqui utilizado no sentido atribuído por Henry Giroux (1986, p.71) como sendo "as normas, valores e crenças embriçadas e transmitidas aos alunos através de regras subjacentes que estruturam as rotinas e relações sociais na escola e na vida da sala de aula."

tivas, vale ressaltar que no processo de disciplinarização da saúde coletiva foi incontestável o fundo teórico positivista-funcionalista próprio do momento histórico até aqui referido. Mas isto não significa que a crise deste referencial e a adoção de uma perspectiva materialista tenha, de imediato, respondido aos diversos vazios teóricos-metodológicos por tanto tempo ocultados. Ao contrário, deu-se início a um período de amadurecimento teórico, denominado por Mercer (1985, p.226) de fase de "Identidade e legitimação da sociologia da saúde", onde se impulsiona a pesquisa empírica e a consolidação de programas de pós-graduação em medicina social ou saúde coletiva.

Neste período (de meados dos anos 70 a início dos anos 80) ampliam-se os estudos apoiados em referenciais de autores de linhas sociológicas críticas e, principalmente, no materialismo histórico e dialético.(12). Recupera-se, também, temas anteriormente subvalorizados, como as questões do poder, das classes sociais, das instituições, políticas, organizações e tecnologia da saúde, relação trabalho-saúde, recursos humanos no setor e a própria educação em saúde.

No entanto, o desafio de constituição de um marco teórico que apreenda as especificidades da relação do biológico com o social, do individual com o coletivo, sem negligenciar nenhum de seus aspectos, não está completamente superado. Primeiro, porque o próprio referencial materialista vem sendo exercitado e aprimorado, como descreve Mercer (1985, p.226): "do uso genérico

-(12)- Vide contribuição de autores brasileiros como Arouca, Donnangelo, Cordeiro, Madel Luz, Nogueira, Gonçalves, Gentile de Mello, Cardoso de Mello, Possas, Navarro, etc..., utilizando referenciais de Marx, Gramsci, Foucault, Rosen, Canguilhem, Berlinguer, Polack, Maccacaro, Stern, Sigerist, Boltanski, Laurell, entre outros.

do modo de produção como determinação última, passa-se ao reconhecimento da existência de mediações, temporalidades diferentes entre os níveis de análise e de especificidades dos sujeitos sociais que estão sendo estudados"(13). E também, como nos refere Teixeira (1985, p.88-89), porque a saúde coletiva supõe um objeto e instrumentos diversos, sendo o objeto não mais representado por corpos biológicos, mas por corpos sociais. Desta especificidade, o coletivo enquanto objeto de intervenção, se origina "a necessidade de se tomar este coletivo em suas manifestações histórico-concretas" e de reconhecê-lo em sua heterogeneidade. E é isto, segundo a autora, que se contrapõe a principal característica da medicina individual - "a relativa cristalização de seu objeto de saber e prática" -, conforme o já apontado por Donnan-gelo apud Teixeira (1983, p.20) : "Elegendo historicamente como objeto o indivíduo, a medicina vem procedendo a sucessivas aproximações em relação a esse objeto através de um processo cumulativo de conhecimentos. As reatualizações do conhecimento e da intervenção médica, ainda quando envolvam ampliações da concepção sobre o individual desde a perspectiva organicista até a noção de todo bio-psicossocial, não têm levado propriamente à recomposição do objeto ou à elaboração de um novo campo de saber. As intervenções pontuais da medicina sobre um organismo situado em um ponto

-(13)- Fleury (1991, p.15-16) analisa os limites do paradigma histórico estrutural, característico dos estudos surgidos a partir desta época, inclusive dos estudos de Garcia. Segundo a autora, este paradigma identificou como níveis de análise da dinâmica de saúde, o econômico, o político e o ideológico, mas deu tratamento diverso a cada um deles, levando a um reducionismo em muitos aspectos, entre os quais, as relações entre estrutura e sujeito: "...a introdução do paradigma histórico-estrutural na análise da intervenção estatal na área de saúde foi capaz de desvendar as articulações entre políticas de saúde e necessidades inerentes ao processo de acumulação, embora, ao fazê-lo, tenha subsumido a esfera política à econômica, destituindo a primeira de conteúdo e dinâmica próprios".

qualquer do espaço idealizado entre a normatividade da ciência biológica e o desvio patológico têm encontrado no conhecimento biológico sedimentado através de quase dois séculos, sua suficiente base conceitual".

Retornando ao estudo de Mercer (1985, p.228), este caracteriza a evolução da saúde coletiva a partir dos anos 80 como um "Período de Difusão Generalizada da Sociologia da Saúde", onde se prioriza o aprofundamento dos processos sociais que se refletem no campo sanitário e onde a atenuação dos rigores teóricos permite a penetração de novas abordagens da teoria social.

De certa forma, nos últimos anos, as aspirações de legitimação profissional e desenvolvimento teórico têm imposto aos profissionais de saúde, não somente novos desafios teóricos-metodológicos no processo de compreensão e tradução da realidade, mas, também, o desafio prático-operacional de utilização destes saberes no sentido dos interesses populares. Sem abandonar a busca da lucidez teórica, cada vez mais se questiona que novas estratégias devem ser praticadas para a concretização da aliança entre população e técnicos do setor saúde. A organização popular e os avanços concretos que têm sido conquistados ao longo do processo de reforma sanitária brasileira têm demonstrado o potencial desta aliança. Mas têm demonstrado limites também concretos, que incluem até a dificuldade de compreensão, por parte dos profissionais, do seu próprio processo de trabalho.

O debate político no setor saúde tem sido profícuo, garantindo a ampliação e divulgação de um discurso crítico e uma oposição mais forte ao modelo liberal-privatista, à lógica do mercado e a administração sanitária nos moldes empresariais -

fundada na composição de interesses entre a categoria médica, o setor empresarial e o poder público.

Pela prática do debate e da crítica são levantados novos pontos, novas facetas, seja da realidade social mais ampla seja dos processos específicos de trabalho que nela se inserem, entre eles, o trabalho da enfermagem.

Nesta breve revisão procurei levantar pontos fundamentais para a superação do que chamei de "estereótipo do individual e do coletivo", requisito para o avanço do estudo do processo de trabalho da enfermagem em educação em saúde. Do que até aqui foi exposto emergem algumas reflexões que merecem ser destacadas.

- Há uma relação entre a forma como se diferenciaram as práticas de saúde individuais e coletivas e a forma como foram apropriados os referenciais teóricos-metodológicos das ciências naturais e sociais aplicadas à saúde.

- Apesar de toda a determinação histórico-social concreta, as práticas de saúde são realizações de sujeitos históricos, representam exteriorizações do sujeito na vida cotidiana - o desenvolvimento do sujeito e da sociedade integram um mesmo processo histórico, que se dá de forma heterogênea e contraditória - e que portanto podem, através de mediações, se introduzir na corrente do desenvolvimento histórico social e produzirem transformações (Heller).

- A forma como as práticas de saúde se integram e produzem modificações no desenvolvimento social variam nos diversos momentos históricos, não apenas pela ação ou vontade direta dos sujeitos, mas das relações sociais presentes naquela sociedade, dos saberes que apoiam o pensamento e a ação dos sujeitos, das

condições concretas que estes tiveram de se apropriar conscientemente destes saberes e de difundí-lo no campo do embate político-ideológico.

- Os discursos e as práticas de saúde não se situam na mesma esfera, ou numa relação imediatamente direta com as necessidades objetivas de saúde. A relação necessidades/práticas de saúde é mediada por uma complexa rede de fenômenos sociais, dados por: necessidades de legitimação do estado e da hegemonia político-econômica das classes dominantes, necessidades de alianças entre diversos setores e grupo que usufruem majoritariamente dos benefícios do poder e controle sobre a organização social, das necessidades de manutenção do "Pacto de Dominação" (14), entre outros.

- Decorrentes das relações entre estas "esferas" das práticas de saúde, se criam saberes, fundados em correntes do pensamento humano, contraditórios no modo de explicar a realidade, nas finalidades e estratégias de intervenção sobre a mesma.

- A diferenciação das práticas de saúde destinadas ao indivíduo e a coletividade se dá, não por uma cisão concreta do sujeito portador da necessidade, mas por uma "objetificação" do sujeito de forma parcial. O homem, ao tornar-se objeto das práticas de saúde, perde sua essência de sujeito e passa a ser idealizado de forma fragmentada, tomado enquanto corpo biológico, psicológico, social, enquanto manifestante de uma doença, desa-

-(14)- Pacto de dominação segundo Sposati (1989) se deve ao papel dinâmico que tanto o estado e as alianças de classes dominantes quanto as classes populares possuem na configuração das políticas sociais. Ou seja, um pacto onde tanto interesse do capital quanto interesses da força de trabalho são atendidos em níveis diversos para que se mantenha o poder econômico e político do sistema capitalista.

juste ou carência. Só que a medida que se "depura" deste objeto toda a heterogeneidade e diversidade de manifestações de sua essência humana e social, se lhe impõe uma cristalização ou homogeneização não real, mas "realizável" através de práticas e ações parcelares, sustentadas por um discurso e um aparato conceitual condizente com a reprodução do modelo de organização social dado. Tal processo de "homogeneização" torna-se exequível somente até um certo nível, o que resulta na conformação de dois modelos antagônicos mas não excludentes: um compatível à assistência de saúde ao indivíduo, que assume o máximo de cristalização de seu objeto a nível do corpo; e outro compatível com a assistência de saúde coletiva, que tenta recuperar uma visão mais heterogênea de seu objeto de trabalho e da realidade social.

- A diferenciação das práticas de saúde em individuais e coletivas, passa, então, a ter um duplo sentido: - técnico-instrumental e político-ideológico. No sentido técnico-instrumental, esta ocorre devido a requisitos de ordem operacional, como a necessidade de estruturação, organização e provisão de recursos humanos adequados a determinados tipos de ações de saúde (por exemplo a imprescindível diferenciação técnica-instrumental entre serviços básicos de saúde e centros avançados de pesquisa ou de tratamentos de alta tecnologia). Já no sentido político-ideológico, as práticas de saúde se diferenciam tendo em vista interesses específicos de classes ou grupos econômicos ligados ao setor. Tal luta de interesses não se apresenta claramente nas políticas de saúde, mas repercute na dimensão técnico-instrumental através da construção e difusão de aparatos teórico-metodológicos que irão subsidiar e ou influenciar as diferentes práticas de saúde, no

sentido de integrá-las ao projeto político dominante.

Considerando-se o sentido técnico-instrumental, as práticas de saúde tenderiam a responder de forma direta às necessidades de saúde, de modo que suas políticas, eleição de prioridades, distribuição de recursos, se orientassem para esse fim (atendimento das necessidades de uma dada sociedade em determinado momento é que determinariam o predomínio de ações de saúde individuais ou coletivas e, necessariamente não implicaria na cisão de seu objeto de trabalho ou na idealização de uma cisão não real deste). Mas o sentido político-ideológico da diferenciação das práticas de saúde ideologiza e media a relação necessidades/práticas de saúde pelo atrelamento de suas políticas aos interesses hegemônicos. Isto é de certa forma garantido, a nível do discurso, pela manutenção de visões estereotipadas acerca do objeto e sujeito das práticas e do próprio processo de trabalho, além da atribuição da qualidade de "natural" às necessidades criadas socialmente. (Seria interessante analisar tanto o sentido técnico-instrumental quanto o sentido político-ideológico de muitas práticas e especializações que hoje são amplamente reconhecidas e difundidas, mas que não foram profundamente questionadas quanto ao modo como se constituíram e em suas relações com as reais necessidades de saúde da população).

- A enfermagem brasileira, como uma das práticas incluídas no setor saúde, assimilou o estereótipo "do individual e do coletivo" imposto pelo modelo assistencial dominante, mas vem, nos últimos anos, questionando seus fundamentos teóricos e o processo de trabalho em saúde, no sentido de buscar referências que superem, entre outras coisas, a cisão sujeito versus objeto, in-

divíduo versus coletivo, presentes neste modelo.

A partir destas reflexões é possível passar para o terceiro momento deste capítulo, no qual espero iniciar o exercício de "tradição", para a área da saúde e da enfermagem, de um referencial que considero rico e novo, na perspectiva das necessidades de reconstrução do conhecimento que fundamenta as práticas de saúde e especialmente as práticas de educação em saúde.

- REELABORAÇÃO

Após o levantamento e justificativa de minhas percepções sobre a noção que fundamenta a diferenciação das práticas de saúde individuais e coletivas e a recuperação do pano de fundo teórico na qual ocorreu, parece que o tema foi suficientemente cercado, contraposto teórica e praticamente, mas ainda não esclareceu a agudização das suas contradições, o desvelamento de seu conteúdo, a tal ponto que gerasse uma nova forma de elaborar as idéias que o envolvem. Restam alguns questionamentos que, embora não possuam respostas únicas e acabadas, podem indicar o percurso de uma síntese significativa sobre o problema.

O primeiro destes questionamentos é sobre se realmente constituem-se em estereótipos as idéias que limitam a apreensão do significado das práticas de saúde individuais e coletivas.

A tese aqui defendida é de que a maioria de tais idéias são estereotipadas porque se baseiam em visões estáticas, parciais e ideologizadas de conceitos básicos tais como de indivíduo, sociedade, trabalho, processo saúde-doença, entre outros. São estáticas porque se eximem de seu caráter de provisoriabili-

dade e dinamicidade, são parciais porque geralmente se fundamentam em referências fragmentadas, que negam ou negligenciam a relação entre a historicidade, a relatividade e a contradição dos fenômenos sociais. E são ideologizações não apenas pelo sentido político que toda concepção possui, mas exatamente pelo ocultamento deste significado político, em favor de uma neutralidade legitimadora dos interesses de manutenção de uma estrutura social.

E o que talvez mais demonstre esta estereotipia não seja o seu conteúdo, mas a cristalização do mesmo, o caráter de verdade incontestável que adquire ao ser tomado como justificativa teórica das ações de saúde e, também o fato de ser difundido e reproduzido desvinculado da fonte filosófica que o sustenta.

Uma segunda questão se refere ao que caracteriza especificamente este estereótipo, o que, para ser apresentado, deve sintetizar vários aspectos antes discutidos.

Primeiro, que necessidades e circunstâncias de ordem técnica operacional, de correntes do desenvolvimento científico tecnológico, da divisão técnica e social do trabalho e da própria estruturação do sistema de saúde formal, levaram à diversidade de objetos, finalidades e instrumentos de trabalho em saúde. Com o tempo, tal diversidade foi sendo tomada como "natural" e não como socialmente produzida, levando a uma "fragmentação ideal" do objeto das práticas e ao não aprofundamento da compreensão do mesmo.

Segundo, que o não entendimento da diversidade do trabalho em saúde e das dimensões de seu objeto foi sendo estrategicamente utilizado pelas forças sociais interessadas na mercanti-

lização em saúde. O desenvolvimento do capitalismo agudizou o distanciamento entre as necessidades de saúde das classes populares e as respostas dadas a estas através das políticas sociais e práticas de saúde. Isto porque, a concentração do poder decisório e a ideologização da população como frágil e dependente, reforçou o domínio dos interesses do capital (indústria farmacêutica e de equipamentos, corporação médica, entre outros) na organização do sistema de saúde. Com isso, intensificou-se a reprodução do modelo de assistência individual à saúde que, para não por em risco os interesses hegemônicos, deveria ser sustentado por fundamentos acrílicos, desprovidos de seu conteúdo político social, mas, aparentemente inquestionáveis e principalmente coerentes com a lógica de mercado, inclusive na formação e utilização dos recursos humanos. Neste aspecto foi necessário oferecer atrativos (valorização das práticas liberais em saúde, por exemplo) condizentes com os valores da sociedade capitalista e suficientes para ocultar o local destinado aos profissionais dentro do sistema: instrumentos de reprodução do modelo e de sua legitimação em toda sociedade.

Desta forma, é a sobrevalorização do estereótipo do individual sobre o coletivo que passa a ser "a suficiente justificativa" para o estímulo à especialização e à iniciativa privada, o descaso pelos serviços públicos de saúde e o seu atrelamento, máximo possível, ao próprio modelo individual.

E finalmente, os pontos que mais se evidenciam nos modos como os agentes das práticas de saúde representam o significado do trabalho de saúde individual e coletiva são a sua dicotomização, sua perspectiva quantitativa e sua inserção na rede de

serviços públicos ou privados. Assim, determinadas representações passam a constituir o senso comum .

- Considera-se que a existência de necessidades de saúde "naturalmente" diferenciadas determina a organização de práticas também diferenciadas. Isto é, em certos momentos os indivíduos (corpos psico-biológicos) necessitariam de assistência curativa ou de promoção voltada para seus problemas específicos, enquanto toda a sociedade (corpos sociais) necessitaria, para evitar e controlar a doença, de práticas preventivas. Esta dicotomização impossibilita a percepção do sujeito, marcado pela sua situação de classe, inscrita no "corpo" do "paciente". Do mesmo modo, nega a condição de indivíduo, marcado por sua história pessoal, inscrita naqueles que compõem a "população alvo", o "grupo de referência".

- As ações destinadas a um maior número de pessoas (grupos, comunidades,...) são consideradas coletivas e as destinadas ao atendimento particularizado são consideradas individuais.

- As ações de menor complexidade e praticadas em serviços públicos são consideradas de caráter coletivo, enquanto as ações de maior complexidade ou praticadas em serviços privados são consideradas de caráter individual.

Estas e muitas outras idéias circulam no cotidiano do trabalho da enfermagem e, inclusive, acabam por gerar imagens caricaturizadas do profissional, entre elas, a figura do "enfermeiro de saúde pública", como se apenas a ele coubesse a "parcela" do trabalho caracterizada por sua maior "proximidade" com os "problemas sociais" e com o "povo". Consolidam-se, assim, formas

de pensar o próprio trabalho desprovidas do questionamento acerca de suas finalidades, objetos e métodos, enfim, de seu lugar enquanto trabalho social e de suas relações com a produção e reprodução da sociedade.

Considero que a análise do cotidiano das práticas educativas de saúde passa não só pela reflexão sobre o modo de organização das práticas de saúde em individuais versus coletivas e da influência dos estereótipos formados sobre tais conceitos, mas, também, pela reflexão acerca dos momentos que constituem este processo de trabalho específico. E nesta tematização "o que se põe em questão não é mais o coletivo versus o individual mas sim o lugar do sujeito na construção do coletivo." (Fleury, 1992, p.11).

Portanto, incluo, a seguir, e ainda neste capítulo, a análise mais particular do processo de trabalho de educação em saúde.

1.2.2. O PROCESSO DE TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao longo deste estudo venho colocando minha compreensão do trabalho educativo como um dos trabalhos da enfermagem e da área da saúde. Não como trabalho isolado, autônomo ou exclusivo de um profissional, mas como inalienável e integrado à dinâmica das práticas de saúde.

E aqui chega-se ao momento de proceder uma análise um pouco mais rigorosa deste processo de trabalho e relacioná-lo ao conteúdo já abordado. De acordo com o referencial de Heller, a idéia de trabalho adquire um sentido duplo: como parte orgânica da vida cotidiana, ou seja, como uma atividade necessária para a reprodução do particular em torno da qual se organizam outras atividades cotidianas e relações interpessoais (labour) e; como objetivação diretamente genérica. Objetivação a medida que, ao reproduzir-se através do trabalho, o homem particular exterioriza-se como sujeito social, desenvolve suas capacidades humanas e tem a perspectiva de converter este trabalho numa necessidade vital, articulando a necessidade de contribuir com a sociedade e de reproduzir sua livre individualidade (work).

Os dois sentidos do trabalho humano estão permanentemente ligados já que o homem será sempre, ao mesmo tempo, particular e genérico e já que no cotidiano está a possibilidade da superação deste mesmo cotidiano.

Quanto a consciência que opera na realização do trabalho, Heller (1991, p.130) coloca que este só será realizado com uma consciência puramente cotidiana quando:

- para sua execução não é necessário superar a estrutura do pensamento cotidiano (referida na p.45);
- a apropriação das atividades do trabalho se dá pela simples transmissão da experiência;
- as experiências de trabalho são fracionadas em unidades particulares;
- os conceitos aplicáveis ao trabalho são pragmáticos e derivados da sua função no processo de trabalho.

Embora a consciência operante no trabalho já tenha sido alvo de reflexões, quando tratei do "estereótipo do individual e do coletivo", retorna à cena, mas agora, permeando a análise um pouco mais detalhada do processo de trabalho de educação em saúde. Para isto deixarei em suspenso as tentadoras aplicações do referencial de Heller e incluirei contribuições de dois autores também de pensamento materialista dialético: Gianotti (1984) e Gonçalves (1989).

De forma simplificada, a idéia de processo de trabalho pode ser resumida como um processo onde ocorre a transformação de um elemento ou "fragmento" da realidade (material ou social) através do dispêndio de uma certa energia e da utilização de um certo instrumental, que obedece a uma finalidade gerada por uma necessidade ou carecimento.

O processo de trabalho é sempre guiado pela objetividade, dada pela existência real do seu objeto e instrumentos, mas também, é dirigido pela subjetividade, inclusive porque a execução do trabalho é intelectualizada separadamente do seu momento de execução propriamente dito. A percepção da necessidade, a definição de finalidades, a elaboração de um projeto sobre um

"fragmento" específico, transformando-o em objeto de um trabalho, indicam o caráter subjetivo do processo. Enfim, isto é dado pela "capacidade de estabelecer, entre a intenção e o gesto, a mediação de uma teoria a respeito do objeto de trabalho e de uma teoria sobre o próprio trabalho".(Gonçalves, 1989, p.06).

A leitura dos autores acima citados pode fornecer uma boa compreensão de como o processo de trabalho se desenvolveu na sociedade, sendo que Gonçalves realiza uma aplicação significativa desta análise para o campo da saúde, qual seja, a do modelo tecnológico.

Considero que as noções até aqui apresentadas são suficientes para formar o terreno onde lanço minhas pressuposições básicas ou teses preliminares acerca da educação em saúde e do processo de trabalho da enfermagem.

- A educação é uma prática social, histórica e politicamente situada, que se articula com as demais práticas sociais e se torna inalienável do processo de trabalho em saúde.

- O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que tem a educação em saúde como processo particular de trabalho.

- Conhecimento e ação estão articulados no processo educativo e, à partir da reflexão sobre o cotidiano e sobre a práxis individual e coletiva, se constrói o conhecimento novo e a possibilidade de transformação da própria práxis.

- O processo de trabalho de educação em saúde que vise a capacitação para uma práxis crítica e criativa, deve desenvolver-se não apenas do ponto de vista técnico, mas, principalmente, teórica e politicamente. Para isto é imprescindível a compreensão de seus diversos momentos, dos seus referenciais filosóficos ma-

nifestos e possíveis e da relação destes referenciais com os diferentes projetos políticos de sociedade.

Tentando aprofundar esta discussão passo a apresentar algumas teses acerca do objeto (tese I), dos instrumentos (tese II), das necessidades (tese III) e das finalidades do trabalho (tese IV).

TESE I - DO OBJETO

"DO DESVIO PELA CONSCIENCIA PARA A CONSCIENCIA DO DESVIO"

- O processo de trabalho de educação em saúde, concebido como integrante do processo de construção do cidadão e do homem genérico, terá, portanto, a práxis humana como objeto, ou seja, a articulação reflexão-ação na vida cotidiana.

Para adentrar na questão do objeto de trabalho da educação em saúde é preciso deixar claro que normalmente tais práticas não são entendidas e estudadas como um processo particular de trabalho e, portanto, não são analisadas em seus momentos, dentre os quais o momento de constituição do objeto de seu trabalho. Na verdade, as práticas educativas sempre foram tomadas como instrumental do trabalho em saúde, ou seja, como meio ou recurso que facilitaria a consecução de uma determinada finalidade, seja de curar a doença (modelo clínico), seja de controlá-la (modelo epi-

demiológico); ou, ainda, na associação das finalidades curar/controlar dadas pela relação dos dois modelos, facilmente vislumbrável nas práticas de saúde, principalmente naquelas desenvolvidas na rede básica de saúde e denominadas como ações de saúde coletiva. (15)

A transformação de um fenômeno, matéria, elemento, "fragmento qualquer da realidade", em um objeto de trabalho, depende sempre de um certo olhar, uma forma de antever naquele "fragmento" a possibilidade de transformação. Assim, a constituição de um objeto de trabalho é a descoberta de suas potencialidades e limites e, também, o esboço de um projeto. E ... "resultante de um olhar armado por um projeto" (Gonçalves, 1989, p.5).

Se a educação for tomada apenas como instrumento do trabalho em saúde, o objeto deste trabalho continuará sendo o mesmo (na maioria das ações de caráter individual é o corpo, por exemplo), porque não mudou o projeto, a forma de ver este objeto e de considerá-lo um produto em potencial. Um trabalho educativo com um grupo de diabéticos, gestantes ou mães, poderá ter como objeto um conjunto de "consciências" que, "devidamente trabalhadas" irão ter mudanças de percepções e comportamentos e assim de-

-(15)-Quanto a relação atualmente percebida entre modelo epidemiológico e modelo clínico remeto a análise de Gonçalves (1989, p.29-30), que discute como a partir da "crise contemporânea da medicina" (desproporção entre gasto social no setor e benefícios gerados por este) abriu espaço para o "ressurgimento" do modelo epidemiológico de organização do trabalho em saúde. Segundo o autor, esta aproximação dos dois modelos gerou a utilização do modelo epidemiológico para dar conta também da assistência individual e permitir "uma racionalização modernizadora das práticas de saúde: "...em vez de simplesmente considerar que a solução do problema das doenças está contida na expansão, generalização e aperfeiçoamento do tratamento médico, passou-se a considerar a possibilidade de tomar o tratamento médico como uma das ferramentas, ao lado das medidas incidentes diretamente no plano coletivo, para controlar a doença. Controlar deixou de ser equivalente a evitar, prevenir, passando a significar evitar + tratar.

envolverão atitudes "favoráveis" a promoção da saúde, tratamento e prevenção de doenças, sejam próprias do "educando", sejam do seu círculo familiar. A "consciência" passa a ser o desvio, o caminho para se chegar a uma finalidade contida no corpo (incorporações dos fatores e experiências que privam o indivíduo de sua vitalidade). O projeto nunca deixou de ser sobre o corpo e a forma de perceber a "consciência não deixou de ser uma antevisão do corpo, um corpo virtual. Em última análise, o objeto de trabalho não se transferiu do corpo, apenas dotou-o de atributos mentais e psicológicos.

O que diferencia as práticas educativas de saúde individuais e coletivas, talvez seja que nas primeiras o corpo seria tomado individualmente e o "desvio pela consciência" seria considerado uma ação secundária, as vezes dispensável ou quando muito, delegável e restrita. Delegável e parcelar porque executada preferencialmente pela equipe de enfermagem não competiria com a "excelência" das atividades diagnóstico-terapêuticas médicas. Já na saúde coletiva as práticas educativas seriam mais valorizadas e assumidas por todos os elementos da equipe multiprofissional. O corpo aqui seria tomado coletivamente e a educação, pelo seu potencial de controlar e prevenir a doença em larga escala e de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e condições de vida através da participação popular, por exemplo.

Em relação às práticas de saúde coletiva já se percebe um avanço na forma como se percebe o objeto do próprio trabalho. No entanto, muitas experiências têm demonstrado os riscos de uma proposta altamente progressista no discurso se mostrar altamente conservadora na prática. Quando o discurso crítico é superficial

e o objeto de trabalho não é bem explicitado e reconhecido, a participação popular pode tornar-se integração ou cooptação da população em programas estabelecidos, as práticas alternativas podem tornar-se evasivas para a negligência política dos direitos básicos do cidadão, a mobilização pode tornar-se meio de ocultamento ideológico e também das contradições e reais potenciais organizativos da população.

Por outro lado, foi graças ao amadurecimento das práticas educativas articuladas às práticas de saúde coletiva, que temos, num aprendizado lento e firme, compreendido a peculiaridade do próprio trabalho. Desta compreensão resulta a necessidade de reconhecimento do objeto do processo de trabalho educativo em saúde. A experiência tem demonstrado e o aprofundamento teórico tem confirmado, este objeto não pode ser simplesmente um corpo, uma consciência, ou uma consciência encarnada num corpo. Qualquer destes "objetos" só faz sentido no cotidiano da vida de cada homem e da sociedade como um todo. Cotidiano que é prático, concreto, material, mas também é idéia, sensação, reflexão. Cotidiano que mesmo contraditório e mesmo impondo limites ao homem não pode nunca ser excluído, porque é nele que se realiza o homem e através dele pode o homem desenvolver-se enquanto indivíduo genérico.

Deste ponto de vista, o objeto de trabalho de educação em saúde deve ser a "práxis" humana, enquanto articulação pensamento-ação e possibilidade de ultrapassagem do cotidiano a partir dele próprio. Possibilidade de articulação das práticas educação e saúde no amplo processo de construção do cidadão e da "sociedade livre". Mas como o conceito de práxis só será melhor abordado

na segunda parte deste capítulo, é importante ainda lembrar que não se trata de julgar que visão do objeto de trabalho é correta e que visões são erradas ou falsas. Todo objeto de trabalho e toda forma de percebê-lo (teoria do objeto de trabalho) diz respeito a um momento específico do desenvolvimento daquele trabalho na sociedade. Portanto, para avaliar tal teoria é necessário considerá-la em sua historicidade, para só então julgá-la como adequada ou não às mudanças que se deseja produzir na sociedade, à corrente do processo histórico social.

Neste caso é que se torna possível criticar as formas mais usuais do trabalho educativo em saúde, na forma como intelectualizam seu trabalho subestimando e limitando seu objeto, tornando este ahistórico, fragmentado, manipulável, circunscrito em seu potencial e negado em sua relativa autonomia. Em suma, tal crítica se baseia, principalmente, na adequação que tais concepções do objeto apresentam para à reprodução da sociedade e do "homem particular" e não para a transformação da sociedade enquanto palco e fruto da ação e da vida do cidadão, do homem total.

TESE II - DOS INSTRUMENTOS

"DO PURAMENTE TECNICO PARA O TECNICO- POLITICO"

No processo de trabalho de educação em saúde os instrumentos devem ser socializados e se incorporarem ao movimento de capacitação dos sujeitos para uma nova práxis. Eles se referem não apenas aos recursos técnicos mas, principalmente, aos próprios referenciais que norteiam a prática.

Lembrando a conceituação geral de processo de trabalho, vemos que a transformação de um objeto em um produto exige um consumo de energia, uma força de trabalho e o uso de instrumentos adequados à finalidade. A capacidade de criar, adaptar e escolher instrumentos de trabalho acaba se constituindo um momento do próprio processo. Um momento mediador da ação transformadora e, principalmente, um momento simultaneamente objetivo e subjetivo.

Sua objetividade se manifesta por vários aspectos. Um destes parece óbvio e vai ao encontro da noção comum que se tem de instrumento de trabalho: algo material, utilizável para a racionalização do consumo de energia e para o bom desempenho da ação, como, por exemplo, os instrumentais utilizados nos procedimentos clínicos e cirúrgicos, as técnicas e uma infinidade de recursos terapêuticos e didáticos da área da saúde. Esta objetividade se dá também nas próprias qualidades do objeto e que o tornam alvo de um projeto e apto a se transformar no resultado daquele projeto. Essas características ou qualidades sempre são

reais, embora a forma de percebê-las sejam variadas e ideais.

Segundo Gonçalves (1989, p.7) "...[parte da] energia, gasta no processo se incorpora, portanto, sob a forma de um instrumento de trabalho. O modo de uso desse instrumento, porém, contém mais do que suas qualidades mecânicas: obedece a um plano pré-estabelecido no qual a consciência desencadeadora da ação mantém sempre presente o resultado visado". E isto, o fato da aplicação ou uso do instrumento seguir um plano intelectual, um projeto que antevê o produto, caracteriza a dimensão subjetiva deste momento do trabalho.

Neste ponto, é necessário levantar algumas peculiaridades em relação ao trabalho em saúde. Poderia iniciar perguntando se o fato de se planejar o uso do instrumento e de se fazer uso dele segundo os parâmetros da razão, encerra toda a subjetividade deste momento e, se isto garante o domínio do processo de trabalho. Para esta pergunta não existe uma única resposta, senão vejamos: um profissional de enfermagem pode e deveria, para realizar seu trabalho, saber o que vai fazer, com que fim e como fazer. Assim ele estaria elaborando mentalmente sua ação e se servindo de instrumentos adequados ou adaptados dentro do possível. Isto lhe iria conferir um domínio sobre seu próprio trabalho já que conheceria seus momentos. Só que, o parcelamento do trabalho em saúde, torna o trabalho de diversos agentes como parcelas do trabalho em que o domínio do processo pertence a um único profissional. Por exemplo, o processo terapêutico (curar), dominado pelo médico, na nossa sociedade, utiliza como instrumento o trabalho delegado a outros trabalhadores. Deste modo, embora se possa ter o domínio do processo específico de trabalho, este pode ser

uma parte de um outro processo de trabalho que escapa ao controle do trabalhador, principalmente em seu momento de elaboração do projeto: este trabalho é imprescindível para o alcance do resultado mas não houve participação na definição das finalidades e do projeto do processo de trabalho "maior", do qual aquele trabalho parcial faz parte.

Aqui já se diferencia um pouco o processo de trabalho de educação em saúde pois é atingido pela hegemonia médica de forma mais sutil. Como um trabalho que não é exclusivo de um único profissional e que não se presta tão facilmente ao parcelamento, a educação em saúde torna-se peculiar também no sentido de que o profissional que a realiza participa de todo o processo de trabalho. É claro que aqui não me refiro à "educação em saúde" amplamente praticada como delegação ou ação complementar à ação médica e que visa a "normatização da vida do cliente" para torná-lo mais suscetível ao tratamento, menos marginal em relação aos padrões de normalidade médica e mais "cuidadoso" com sua saúde. Nem tampouco me refiro a propostas ditas mais abrangentes ou coletivas mas que, destinadas à população de baixa renda, tendem a delegar responsabilidades, "conceder participação" em programas (apenas nos níveis de execução) e baratear custos de políticas sociais. Pelo contrário, refiro-me ao trabalho, no qual podem tomar parte, desde a etapa de construção do projeto, aqueles que são excluídos da maioria das práticas de saúde, ou melhor, excluídos como sujeitos mas incluídos como "fragmento objetificado", como "corpo", como "paciente", como "necessitado".

Retomo, pois, a posição que esta tese pretende apresentar: a de que os instrumentos de trabalho não respondem somen-

te aos aspectos técnicos, mas a todo o processo de trabalho. Por outro lado, o domínio do instrumental em seu sentido amplo (objetivo e subjetivo) é caminho para a compreensão do trabalho como um todo. Neste sentido, a análise dos instrumentos tem a propriedade de desvendar o próprio trabalho em seus vários aspectos, como nos exemplos à seguir:

-INSTRUMENTOS:

-O tipo de instrumento, suas bases, modos de uso e importância atribuída DESVENDAM:

-conhecimento acerca do objeto de trabalho: o que é, o que o caracteriza, do que é constituído, em que meio/realidade está inserido e como se relaciona com ele, o que o determina, a que é suscetível, como reage a determinadas circunstâncias, que potenciais e limites possui para a transformação...

-a concepção que se tem acerca do objeto e de sua perspectiva de seu desenvolvimento.

-conhecimento acerca das necessidades geradoras do trabalho e de suas finalidades: sua historicidade, formas de se manifestar ou se ocultar, se são carências naturais ou sociais, como são influenciadas pela ideologia, suas contradições em relação ao modelo de trabalho, a que projeto de sociedade as finalidades são consoantes...

-a concepção que se tem da realidade social, dos interesses que a movem...

-conhecimento acerca das finalidades do trabalho: sua historicidade, suas relações com a totalidade social e com outros trabalhos, que fatores as determinam, como são assumidas e reconhecidas...

-a concepção que se tem acerca do próprio trabalho na dinâmica social.

-conhecimento acerca dos instrumentos de trabalho: limites e possibilidades de utilização de instrumentos ligados a aplicação diversas ciências e disciplinas, quais suas características, como utilizá-los, quais suas adequações ao projeto pretendido...

-a concepção que se tem acerca do objeto, dos instrumentos, das necessidades e das finalidades do trabalho; da sociedade, da ciência, do saber...

-
- | | |
|--|--|
| <p>-instrumentos propriamente ditos (técnicas e equipamentos): como usa-los, quem pode usá-los, para que servem, quais seus custos e viabilidade, quais suas características, que vantagens oferecem ao trabalho, quais princípios científicos embasam sua aplicação</p> | <p>-estágio de desenvolvimento técnica, apropriação pelos trabalhadores dos avanços científicos e tecnológicos, investimento destinado pela sociedade àquele trabalho e suas relações com o mercado.</p> |
| <p>-local ou ambiente de trabalho : se é institucionalizado ou não, suas características, organização, estrutura, facilidades ou obstáculos que impõe ao trabalho e sua posição na sociedade...</p> | <p>-características da estrutura social e local ocupado pelo trabalho na mesma, estágio de desenvolvimento das instituições sociais, do estado...</p> |
-

Apesar das diversas e singulares relações que os instrumentos de trabalho estabelecem no processo de trabalho como um todo, normalmente a noção de instrumento se limita aos aspectos abordados no item "instrumentos propriamente ditos". Qualquer que seja o conhecimento relacionado às outras dimensões dos instrumentos e mesmo que estas tenham sua importância negada, este sempre será expresso nas ações, revelando, assim, as concepções que alicerçam o próprio trabalho. Ou seja, mesmo quando o trabalhador se abstém de defender qualquer posição ou entendimento sobre seu trabalho (em qualquer de seus momentos), ele transmite, em todas as suas ações, uma concepção sobre o mesmo. Se não foi uma concepção refletida, construída, assumida, mesmo que provisoriamente, foi assimilada acriticamente e do mesmo modo está sendo reproduzida. Se o trabalhador não se preocupa, por exemplo, em desenvolver seu entendimento sobre o objeto do seu trabalho, indica uma percepção acerca do mesmo, embora esta possa ser inconsciente, como algo revelado e evidente ou como sendo este um conhecimento superfluo ou desnecessário. De certa forma, associa-se a isto a noção de neutralidade atribuída ao conhecimento norteador

do trabalho e às suas finalidades mesmas. Os instrumentos adquirem, assim, uma ilusória neutralidade, como se fosse possível desvincular o seu uso de uma opção política do trabalhador. E um instrumento fundado em um "saber neutralizado" e aplicado segundo "métodos científicos neutralizados", permanece protegido da "contaminação, na medida em que é descontextualizado e não relacionado a qualquer aspecto com significância político-ideológica. Isto culmina com o deslocamento da finalidade para a utilização de um instrumento, ou seja, a aplicação de um método torna-se finalidade última do trabalho: -o método não existe para instrumentalizar um trabalho, mas sim, o trabalho e o profissional existem para a adequada aplicação do método.

Em síntese, poder-se-ia dizer que, uma compreensão restrita do que seja instrumento de trabalho tem levado os profissionais da saúde, e especificamente da enfermagem, a se manter atrelados a instrumentos educativos convencionais. Assim, impõem ao objeto do seu trabalho uma ação pouco criativa e que não se renova pela abertura a novos conhecimentos e referenciais de outras disciplinas, como a psicologia, pedagogia, sociologia, antropologia, entre outras.

O processo de trabalho de educação em saúde permanece, por tudo isso, pouco estudado, desvalorizado e incompreendido. E confundido com ações e técnicas instrumentais para atingir finalidades como curar, tratar, prevenir. A prática educativa, reduzida a simples ações, passa a se constituir num momento demarcado da prática "do profissional", o momento de orientar, dar informações, reforçar e até cobrar e repreender.

Os "instrumentos" dessas ações são, geralmente, técnicas e recursos didáticos tradicionais e raramente incluem experiências mais participativas e democráticas. A centralização do poder na figura do profissional inicia desde a decisão de "fazer educação em saúde" até como, porquê e com quem fazê-la.

Se consolida, assim, uma dupla redução: o processo de trabalho é reduzido ao instrumento e este já foi reduzido a técnicas e recursos operacionais, com fim em si mesmas.

Para se contrapor a esta redução é necessário empreender a busca do significado dos instrumentos de trabalho e também de sua socialização ao longo do processo educativo. A compreensão que para o profissional, é compreensão do outro e de sua realidade, será para o sujeito a compreensão de si mesmo e de seu mundo. Este conhecimento, como tantos outros, tem que ser buscado não para pertencer ao profissional, mas buscado através de uma construção coletiva para instrumentalizar a práxis coletiva.

TESE III - DAS NECESSIDADES

"DO DISCURSO DO NECESSARIO PARA O DES(EN)COBRIMENTO DAS
NECESSIDADES DOS SUJEITOS SOCIAIS"

- As necessidades humanas geradoras do trabalho educativo em saúde são expressões das relações entre os níveis micro e macro-sociais e não podem ser reduzidas à demandas por ações complementares.

Um dos instrumentos de trabalho referidos foi o conhecimento acerca das necessidades geradoras do trabalho. O primeiro passo no sentido do entendimento deste tema seria o de tentar compreender quais necessidades têm realmente determinado o trabalho em saúde, entre eles o trabalho educativo e de como o argumento da "necessidade" pode levar a ideologizações em torno do trabalho.

Todo trabalho concreto tem como fim a satisfação de uma necessidade ou carecimento e sua execução se constitui no meio para tal. A partir da leitura de Heller poder-se-ia proceder a uma análise das necessidades de saúde sob, pelo menos, dois enfoques diferentes: se são necessidades naturais ou sociais, e se são necessidades materiais ou não.

Esta tese se baseia no ponto de vista de que os carecimentos de saúde (e de educação em saúde) são essencialmente sociais, o que pode ser fundamentado nas seguintes reflexões.

- As necessidades de saúde não são carecimentos de um único homem, mas, embora, sejam expressas individualmente, elas

são geradas na vida cotidiana; nascem no cotidiano das relações humanas, no trabalho, na família, na luta pela sobrevivência, ou seja, no processo de produção e reprodução do homem e da sociedade.

- As necessidades de saúde são satisfeitas (ou pelo menos parcialmente atendidas) através de um trabalho socialmente organizado. Na sociedade se estabelecem relações entre os portadores das necessidades e os agentes que tiveram seu trabalho diferenciado para atender tais necessidades.

- Como o trabalho, numa visão marxista, faz parte da sociedade assim como da vida de cada homem, o atendimento das carências destes homens-trabalhadores torna-se uma necessidade da reprodução da força de trabalho social e, assim, constitui-se parte da remuneração deste trabalho. Ou seja, o trabalhador recebe uma remuneração indireta pelo seu trabalho através de serviços e benefícios destinados a satisfazer tais necessidades; além da remuneração direta que deveria ser suficiente para viver dignamente. (Quanto maior for a exploração do trabalho mais insuficiente será sua remuneração direta e de pior qualidade será sua remuneração indireta - serviços públicos destinados ao atendimento de suas necessidades).

Outro aspecto é que os carecimentos de saúde são simultaneamente materiais e não materiais. (Heller, apud Leopardi, 1989). São materiais quando necessitam para sua satisfação, da produção de meios e objetos materiais (hospitais, escolas, equipamentos, tecnologia,...), e são não materiais, quando podem ser satisfeitos pela atividade humana em si e pela realização do homem na vida comunitária.

Neste aspecto, percebe-se uma distorção gerada pelo desenvolvimento do capitalismo, ao invés da esfera da produção estar subordinada e dirigida para suprir carecimentos, acaba sobrepondo-se ao homem portador do carecimento e dirigindo-o para a finalidade econômica do lucro. Assim, o sistema de produção, para que se amplie e se torne mais lucrativo, precisa alimentar e multiplicar as carências que o solicitam. (Os homens passam a existir para consumir produtos e não os produtos para suprir necessidades humanas).

Por tudo isso torna-se compreensível o poder exercido pelo setor industrial (farmacêutico, equipamentos médicos e hospitalares,...) na definição das políticas de saúde e na manutenção do modelo clínico-curativista e, principalmente, como a prestação de serviços mostra sinais que, segundo alguns analistas, podem indicar sua diferenciação, cada vez menor, em relação ao processo de produção de mercadorias. Se esta diferenciação era evidente principalmente pelo caráter da finalidade dos serviços, produzir "ações úteis" não suscetíveis ao comércio, como produtos mercantis em si mesmos, hoje já não se pode negar que os serviços (inclusive saúde e educação) são agora um importante setor de acumulação capitalista. (Nogueira, 1991).

O objetivo de tais colocações é salientar que os trabalhos de saúde e educação, como integrantes do processo de produção de serviços, não podem ser vistos apenas como "trabalhos nobres e necessários". Devem ser vistos, também, como um investimento do capital (que atende à necessidade de reprodução da força de trabalho) e como um trabalho social que consegue realizar simultaneamente o processo de circulação e consumo de seu produto.

Talvez, resida aí sua diferenciação em relação à produção de mercadorias, já que no instante em que as ações de saúde são produzidas são também imediatamente consumidas (mesmo que neste processo sejam consumidas também, insumos e instrumentos fabricados em um momento anterior).

Assim, a produção de serviços se dirige para as necessidades de consumo individual e coletivo, tornando "consumidor" ou "usuário" o portador da carência, o que não impede que a organização destes serviços imponha uma profunda fragmentação deste usuário (enquanto objeto) e torne alheios ao seu controle os objetivos e estratégias dos mesmos.

Mas, normalmente, os trabalhadores, executores das práticas de saúde, não levam em conta estas "outras" necessidades sociais determinantes do seus trabalhos, ressaltando exclusivamente as necessidades de assistência ao ser humano em seu ciclo vital e especialmente de controle e tratamento de suas doenças. Com vistas a tais necessidades, a educação em saúde revela-se, ora como "solução salvadora", ora como "pretexto" ou "escape moral", justificativo da não resolutividade dos problemas de saúde (à ignorância, falta de consciência e responsabilidade são atribuídas a culpa do fracasso de ações e programas de saúde). E estas formas de se encarar a educação em saúde é frequente, tanto quando realizada como ação complementar (já que centraliza o modelo na consulta médica à demanda espontânea), ou quando o programa é dirigido a grupos específicos (prevendo uma maior abrangência e um enfoque preventivo).

Com isto percebe-se que, apesar da contraditória posição que a educação ocupa nas diversas formas de sua interpenetra-

ção com a saúde, raramente ela é percebida como um "processo" inerente às relações humanas e sociais e portanto presente em todo gesto, troca, ação, não importa se incluídas dentro de práticas denominadas como de "curar", "prevenir", "educar", "promover". Assim, a educação, ocultada enquanto processo de construção do sujeito histórico ou homem total e tomada como ação aplicável ao campo da saúde, incorpora, para sua justificação, as necessidades de saúde apregoadas como legitimadoras das próprias práticas de saúde, sejam da perspectiva do modelo clínico ou do modelo epidemiológico. Tais necessidades, no entanto, sofrem uma peculiarização, são pensadas de forma a decompor, da carência geral (saúde), aqueles componentes que serão atribuídos ao indivíduo e percebidos como "carências constitutivas ou predisponentes" (da carência de saúde): a ignorância, a incompetência, o desestímulo, a inabilidade, o despreparo, a "falta de consciência" dos indivíduos e população.

Para concluir esta tese aponto para a necessidade de "des(en)cobrimento" dos carecimentos dos sujeitos sociais, entre os quais, aqueles que se relacionam mais diretamente com o trabalho em saúde e educação. Krischke (1989, p.48-49) faz este des(en)cobrimento ao analisar as carências como "mediações históricas ou microfundamentos da sociedade". Nesta perspectiva estabelece-se a posição dos carecimentos como "mediações entre os níveis micro e macro da vida social".

Considero esta concepção mais dinâmica e abrangente pois evita a polarização dos níveis de explicação destas necessidades ou carecimentos em um polo determinista-reducionista (carências determinadas sempre teleologicamente nas estruturas só-

cio-econômicas, políticas, institucionais e outros objetos de análise macro social) e um polo individualista-voluntarista (prevalência dos elementos de análise baseados em valores, crenças e outros elementos de maior internalidade em relação ao homem).

Neste sentido destaco a importância deste "des(en)cobrimento" dos carecimentos dos sujeitos sociais se dar num processo educativo, onde, tanto os profissionais, quanto a população, sejam tomados como "sujeitos", pois este é um fator importante para a superação de problemas que hoje se evidenciam nos serviços e nos movimentos sociais. Saber reconhecer que reais necessidades estão impulsionando uma ação, que relações entre as dimensões micro e macro social as estão determinando e a que outras necessidades, não tão evidentes, respondem tais práticas, é requisito para se dar novo rumo, nova perspectiva à práxis dos sujeitos, argamassa do processo histórico social.

TESE IV : DAS FINALIDADES

DA INTENCIONALIDADE APARENTE PARA O DESVENDAMENTO
IDEOLOGICO

A apreensão das carências dos sujeitos e sua tradução em finalidades do trabalho educativo em saúde indica o carácter político-ideológico dos fins, manifestos ou não, destas práticas.

Após um melhor entendimento acerca das necessidades em torno das quais se organiza o trabalho em saúde, constata-se que a relação entre necessidade concreta e trabalho não se dá de forma direta e linear. (fato já comentado no capítulo I). Esta relação é mediada por um momento intelectual que, ao confrontar o produto desejado e a necessidade a que deve responder, preside e direciona o processo de transformação (Gonçalves, 1989). Isto é, objeto e produto "se determinam reciprocamente como potência e realização" através de finalidades abstraídas de carecimentos.

Seguindo a linha de pensamento que situa esta análise não seria necessário repetir que, na forma como normalmente o processo educativo é concebido e delimitado em suas relações com as práticas de saúde, as finalidades da educação em saúde não sofrem grandes modificações frente às necessidades que guiam as ações de diagnóstico e terapêutica em nível individual ou de controle e prevenção da doença em escala social.

Sem ir contra tal consideração, mas tentando caracterizar o modo como se opera a "peculiarização" das finalidades edu-

cativas de modo a preservar sua consonância com as finalidades do modelo assistencial de saúde, poder-se-ia, apenas para efeito de exercício da imaginação, descrever diferenciadamente tais fins.

- Finalidades Depurativas: quando visam "extrair" dos indivíduos e grupos as idéias, crenças e valores que são contrários ou desfavoráveis ao comportamento esperado ou ao conhecimento acadêmico hegemônico.

- Finalidades Normativas: quando visam "ordenar" a vida dos indivíduos e grupos de acordo com padrões de normalidade verticalmente estabelecidos (saneadores dos "desvios" que conduzem à doença), sem que o agir cotidiano se torne insumo à reflexão.

- Finalidades Qualificativas: quando visam qualificar (preparar, treinar ...) os indivíduos e grupos para práticas e hábitos considerados saudáveis, sem considerar a iniciativa, criatividade e história dos sujeitos, bem como, as diferenças e conflitos da vida social.

- Finalidades Legitimadoras: quando visam legitimar os conteúdos e as formas das próprias práticas de saúde institucionais (cujo saber é o único considerado válido), de modo a suplantarem ou cooptarem qualquer conhecimento ou iniciativa contra-hegemônica, garantindo a reprodução do sistema e não reconhecendo a diversidade de vias para o conhecimento e a ação crítica-criativa.

O que se percebe é que, apesar das múltiplas facetas da relação educação e saúde, as práticas educativas ainda são norteadas por uma dimensão comportamentalista, numa visão reduzida e linear que se resume na fórmula:

-práticas e hábitos individuais incorretos e ignorância - DOENÇA
 -informação e mudança de comportamento - SAÚDE

Desta forma, constata-se que, por mais contundentes que possam parecer as necessidades da população, o crivo ideológico as traduz de forma parcial e distorcida. A partir desta interpretação, tornada "representativa do real" e com o poder especial de ser inculcada, não só nos trabalhadores da área, mas também na própria população, são constituídas as finalidades norteadoras do processo educativo em saúde.

Com a tradução das necessidades em finalidades, ocorre comumente, entre outras coisas, pelo menos dois fenômenos:

- as finalidades "exteriorizam-se" em relação ao sujeito portador do carecimento e manifestam-se como próprias do agente executor da "depuração, normatização, qualificação e legitimação", o que, em última instância, as tornam finalidades próprias dos mecanismos de reprodução do sistema.

- as práticas educativas em saúde manifestam uma importante mas velada estratégia de poder e dominação sobre a maioria dos sujeitos. No entanto, "onde há poder há resistência" (Foucault, 1989, p.172) e a contradição do processo educativo reside exatamente na sua capacidade de, em meio à inculcação ideológica, a manipulação e ao aprendizado da submissão, abrir os primeiros espaços para o aprendizado da resistência e da liberdade.

A desmistificação das "boas intenções" da educação em saúde pressupõe uma reelaboração dos conceitos de saúde-doença e educação e de seus modos de relação. Isto requer um referencial epistemológico que sirva à crítica social e ao amadurecimento do sujeito individual e coletivo através do exercício da reflexão, da criatividade, da organização e da conquista da cidadania como território para a construção do homem autônomo e genérico.

CAPITULO II

PARA ALEM DO COTIDIANO - elementos para um referencial teórico-metodológico do processo de trabalho de educação em saúde

Toda crítica se fundamenta na idéia de que "podia ser diferente". Pode não estar claro o "como" mas é a possibilidade da transformação que dá sentido à crítica. É a possibilidade de "ir além" que torna desafiador o cotidiano. É a possibilidade de realização do homem livre e do indivíduo genérico (p.40-42) que torna interessante o trabalho, a saúde, a educação.

Até este momento do estudo, minha posição foi de reflexão. Nesta reflexão opus-me à utilização de referenciais teóricos que não privelegiassem o sujeito histórico, sua vida, sua liberdade e felicidade. Opus-me a pensar as práticas de saúde fundadas em estereótipos, fragmentações e ideologizações. Opus-me a reduzir a educação a simples instrumento, técnica de um trabalho com finalidades e estratégias questionáveis. Opus-me a considerar o trabalhador da saúde e da educação um mero instrumento ideológico, um "feitor", uma vítima ou um reproduzidor do poder, um produto "totalmente determinado" pelo sistema. Opus-me a conceber o processo educativo apenas como processo de inculcação e dominação.

Mas em que esperanças se baseiam minha reflexão e crítica ? O que se pode desejar do processo educativo em saúde ?

"...Tudo está cheio desse algo que falta..."

Esta expressão, utilizada por Aydos (1991, p.39), parece ilustrar bem a minha percepção sobre o trabalho em saúde e especialmente o trabalho educativo em saúde. Mas a reflexão e o estudo vão tornando cada vez mais compreensível este "algo" que desafia o sentido de nossas práticas. Da compreensão (parcial) surgida ao longo do desenvolvimento deste estudo, apresento uma síntese que constitui minha contribuição para a construção de um referencial teórico-metodológico do processo de trabalho de educação em saúde.

2.1. A REDESCOBERTA DO SUJEITO

O primeiro e inevitável elemento para este referencial teórico-metodológico é o de "redescoberta do sujeito". Isto implica na análise das práticas educativas em saúde, como um encontro de sujeitos, um processo de relações interpessoais, onde profissionais e população se percebem, trocam e crescem como sujeitos. Se percebem em suas marcas pessoais, suas diversidades, suas histórias de vida, seu cotidiano. Trocam percepções, conhecimentos e estratégias de ação sobre este cotidiano. Crescem, à medida que se realizam como sujeitos de suas vidas, ao mesmo tempo que participam do processo onde "o outro sujeito nasce", o processo de construção do sujeito coletivo.

Este processo implica na ruptura com a posição do profissional como reproduzidor ou como reformador impotente que, abrigado em suas referências teóricas e técnicas, se protege do imprevisível cotidiano dos assistidos. Implica na renúncia à autoridade a priori, à norma a priori, à certeza, à imposição de ações educativas pré-definidas à clientela elegível. Por parte da população, o sujeito nasce onde morre o objeto fragilizado e manipulável, onde a necessidade, por mais forte que seja, não obscurece a possibilidade, pelo contrário, a evidencia.

Mas, de que sujeito eu falo? Não é a toa que o próprio significado do conceito (sujeito) já tenha se perdido em suas múltiplas manifestações a nível do discurso. Seria, esse sujeito, aquele tratado tradicionalmente pela filosofia e ciências humanas como algo peculiar à essência humana? Seria o sujeito produzido em escala industrial que, na linguagem de Guattari e Rolnik (1986), é consumidor da subjetividade que circula na sociedade capitalista, infantilizando, aniquilando o desejo e a singularidade.

Sem dúvida, os trabalhadores sociais têm se confrontado com certas limitações das explicações teóricas mais globais, sobretudo no que se refere à análise de fenômenos sociais próprios da atualidade. A concepção de sujeito e a constituição do sujeito coletivo é uma questão teórica que se inscreve neste impasse. Por um lado, reconhece-se que a perspectiva marxista contribuiu decisivamente na compreensão do sujeito, através de uma concepção de sociedade que recupera a situação de classe e as relações sociais inerentes a este sujeito. Isto imprimiu um inquestionável avanço no desenvolvimento da medicina social e epidemiologia, inclusive

consolidando as bases do movimento de reforma sanitária brasileira à partir da década de 70.

Por outro lado, a dimensão produtiva ou econômica da macro-teoria marxista e a sua utilização em estudos de cunho eminentemente estruturais, parece ter inibido, de certa forma, a aplicação do referencial dialético em questões de nível micro social. A insuficiência de explicações aos questionamentos surgidos com o acirramento da crise econômica e a divisão do cenário político não mais apenas entre trabalhadores, sindicatos, partidos, patrões e Estado, mas também entre movimentos sociais focais que expressavam identidades sociais heterogêneas, trouxe à tona uma certa descrença nas macro teorias. Isto resultou na retirada do "foco" sobre a contradição básica capital versus trabalho e o crescimento da esperança nos "movimentos alternativos".

Ferreira Nunes (1989), ao abordar os impasses teóricos na análise do sujeito coletivo, aponta para os riscos e desvios de análise, às vezes gerados ao se assumir de forma radical estas novas manifestações do sujeito coletivo. Ou seja, apesar da importância de se recuperar a "perspectiva dos sujeitos" na reflexão do social, privilegiando aspectos culturais e subjetivos (valores, percepções, história de vida...), deve-se estar atento ao risco de confundir a voz do sujeito, antes silenciada, com a voz da nova verdade. Isto implicaria em "tomar o discurso, ou um momento do discurso, como a representação da totalidade do sujeito" e de fazer que "um momento simbólico ocupe, portanto, o lugar do real" (ibidem p.63).

A preocupação dessa autora em demonstrar o quanto a construção do sujeito e de identidades sociais podem ser organi-

zadas e produzidas por diferentes discursos, pode ser referida ao trabalho em saúde. Se considerarmos os discursos que, enquanto profissionais, produzimos acerca dos sujeitos envolvidos no nosso trabalho e, se considerarmos o discurso em sua materialidade, em seu poder de criar representações sobre "si mesmo", "o outro", "a doença", e de torna-las fato social; poderemos, então, tomar o discurso como organizador de poder e por isto mesmo, também, de resistência. (Foucault)

Nesta perspectiva, se coloca a possibilidade de uma educação em saúde popular, na construção do sujeito histórico que, reconhecendo-se como indivíduo genérico em desenvolvimento, é capaz de se apropriar do discurso que o conforma à situação de "assistido", "excluído", "despossuído" e de opor-se a ele, criando um novo discurso, onde constitui-se como sujeito novo. Neste processo, construído coletivamente, tomam parte profissionais e população e nele o referencial macro teórico não inibe e nem se fecha para as reflexões mais pontuais dos problemas e da vida de cada homem.

Seja qual for nossa noção de sujeito, é inegável que nossa posição pode ser de reforço à ideologia dominante ou de ruptura com os modos de relações humanas pelos quais fomos programados para o trabalho e a vida. (como se esta fosse a ordem natural do mundo). Ocupamos efetivamente, enquanto trabalhadores sociais, uma posição neste processo. Quando negligenciamos nosso papel de educadores nada mais fazemos do que negarmos nossa influência no processo de construção, ou destruição, do sujeito personificado como cliente.

O reconhecimento da nossa posição leva a um processo de percepção totalmente novo (de nós, do outro e da realidade). Esta percepção pode ser difundida, compartilhada, abrindo brechas para a criatividade, o desejo, a singularidade virem à tona, para que a consciência do "nós" possa se desenvolver. E a condição do sujeito, num movimento que pode ir da pura e simples resistência à elaboração de suas próprias referências teóricas e práticas. Referências que podem subverter a mentalidade sanitária, a intelectualidade, a psicologia, todas ditadas pelo modelo de saúde, de homem e de sociedade dominante, e que podem, também, subverter o "discurso competente", assim resumido por Chauí (1989, p.7): "não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância". Ou seja, da competência como discurso que imputa aos homens sua incompetência enquanto sujeitos políticos e sociais e que, atribuindo a poucos o poder de nomear, distinguir, ordenar, pretende deter o conhecimento da vida real e permitir ao não competente a ilusória experiência de imaginar-se participante deste saber e apto a viver. Competência, somente neste sentido, faz do profissional um pseudo-sujeito, artificial e descontextualizado ao mesmo tempo que lhe confere a autoridade de aniquilar no outro o que tem de mais humano: o sujeito que cria e recria, cotidianamente, a história.

Algumas formas concretas de consolidação de uma proposta de educação popular em saúde passam por estratégias relacionadas a redescoberta do sujeito. Talvez, a primeira delas, seja o desvendamento da concepção de sujeito, implícita nos discursos e programas educativos da saúde para, a partir daí, realizar a sua contraposição com o sujeito real, desconhecido, evitado, fragmen-

tado pelas disciplinas e condutas norteadoras da assistência à saúde, diminuído e negado pelos parâmetros práticos de legitimidade científica, legal e ética da atuação profissional. Para isso, o profissional deve propiciar a discussão em torno das múltiplas formas de manifestações do sujeito: no silêncio, na reivindicação, na relação terapeuta-cliente, nos modos de se expressar no interior das instituições, nos ensaios de resistência e organização, nos mecanismos de compensação e reação frente às políticas sociais e de infiltração nas estruturas do sistema. Deve, antes de tudo, colocar a serviço dos indivíduos, grupos e de si mesmo, um instrumental teórico de análise que se preste aos interesses dos mesmos e que se amplie e reformule, à medida que os sujeitos se redefinam e ampliam seu horizonte de reflexão e ação.

2.2. A PRAXIS COMO OBJETO E FINALIDADE

Toda a noção de sujeito que permeia este texto, está ligada à noção de cotidiano - já que é nele e à partir dele que o homem pode perceber-se como ser ativo na história, desenvolver sua individualidade e uma relação consciente com sua genericidade - e à noção de práxis.

Surge, aqui, a necessidade de uma melhor conceituação do termo práxis e de como ele emerge no processo de trabalho de educação em saúde. Para isso vou acrescentar ao referencial de Heller algumas contribuições de Vazquez (1986).

Práxis é a ação humana ou atividade concreta e transformadora sobre a natureza (objeto natural), sobre produtos mate-

riais (objetos produzidos em uma práxis anterior) e sobre o próprio homem (objeto humano-social). Como atividade material consciente e objetivante, a práxis se diferencia de qualquer atividade prática geral pelo seu caráter simultaneamente objetivo e subjetivo, ou seja, por ser atividade teórico-prática (irredutível a apenas uma de suas dimensões), realização guiada pela consciência que, por sua vez, é guiada pela realização.

Segundo Vazquez, existem vários tipos ou níveis de práxis e isto pode ser indicado pela consciência e criação presentes na atividade. Para ele, pela criação, o homem enfrenta novas situações e necessidades e, portanto, a práxis criadora é fundamental para a práxis humana total ou autocriação do próprio homem. "O homem é o ser que tem de estar inventando ou criando constantemente novas soluções" (ibidem, p.247).

A práxis é essencialmente criadora, porém, se apresenta em muitos momentos como práxis reiterativa, caracterizando seu ritmo alternado entre o criador e o imitativo, entre a inovação e a regularidade. E é exatamente a indissolubilidade da consciência e da ação que define o processo criador.

Na verdade, a relação que a práxis mantém com a consciência será decisiva nos resultados ou produtos desta práxis. Por isto, a intervenção da consciência na atividade prática é analisada pelo autor para caracterizar, também, a práxis espontânea e a práxis reflexiva.

A práxis espontânea é aquela em que a consciência se encontra numa posição de interioridade com o processo prático, ou seja, ela impregna a ação, a rege e se materializa em seu decorrer ("consciência prática"). Já, na práxis reflexiva, a cons-

ciência se dá sobre si mesma, ou seja, percebe a consciência mesma que está determinando e impregnando a ação, é capaz de compreendê-la e, portanto, é auto-consciência prática ("consciência da práxis").

Por exemplo, um enfermeiro que executa mecanicamente ações educativas planejadas por outro, está tendo uma práxis reiterativa (não criadora) e pouco espontânea (possui baixa consciência prática, já que está aplicando um plano e finalidades que se lhe impõem externamente). Pode, no entanto, reconhecer isto, descobrir a racionalidade que dirige sua prática e, assim, elevar sua consciência da práxis, tornando-a uma práxis reflexiva. A partir daí, pode estabelecer estratégias para tornar esta práxis mais criadora e espontânea. Do mesmo modo, "a clientela" a que se destina aquela ação, pode, no decorrer da mesma, ter:

- uma práxis reiterativa (se apenas receber e obedecer às normas e orientações);
- uma práxis criadora (se construir saberes, caminhos, soluções);
- uma práxis espontânea (se participar de todos os momentos subjetivos e objetivos da prática);
- uma práxis reflexiva (se reconhecer a racionalidade presente em todo o processo).

Da minha interpretação dos referenciais apresentados, passei a considerar o objeto do processo de trabalho de educação em saúde (ou como eu o imagino possível) como sendo a PRAXIS COTIDIANA-CONSERVADORA, quando esta se revele como práxis reiterativa, pouco criadora, pouco espontânea e pouco reflexiva, além do sentido de cotidiano dado por Heller (conforme exposto nas p.43 a

46). A finalidade deste processo passou a ser, para mim, a PRAXIS CRITICO-CRIATIVA, ou seja, aquela que ultrapassa esse cotidiano e torna-o criador, espontâneo e reflexivo.

Só que, a PRAXIS COTIDIANA-CONSERVADORA, por mais imediata que possa ser, possui uma dinamicidade - mesmo que diminuída em certas fases ela carrega em si a possibilidade de sua própria transformação - e não pode ser compreendida completa e definitivamente. Mesmo assim, o conhecimento acerca desta práxis é indispensável para desencadear o desejo de sua transformação.

Assim, também, a PRAXIS CRITICO-CRIATIVA nunca se dá por alcançada. Mesmo enquanto ideal, ou finalidade, ela muda constantemente; a cada passo dado se vislumbra uma nova sequência de passos futuros; o devir não se esgota, mas se mostra, sempre, como possibilidade de ir mais além, mesmo que resultados reais sejam obtidos ao longo do processo. "...[o] homem nega uma realidade efetiva, e afirma outra que ainda não existe." (Vazquez, 1986, p.189)

Se a PRAXIS COTIDIANA-CONSERVADORA como objeto e a PRAXIS CRITICO-CRIATIVA como finalidade, possuem esta dinamicidade, então, o processo educativo também se dará de forma dinâmica : parte de uma realidade em movimento, toma parte deste movimento tentando imprimir-lhe novo rumo, chega a resultados que, longe de finalisarem o processo, impulsionam a sua continuidade em ritmos e sentidos cada vez mais amplos. A práxis desejada já será outra e continuará mudando.

E em que de concreto resulta estas reflexões para a enfermagem e outros trabalhadores da saúde ? Alguns indicativos podem ser apontados para melhor encerrar este tópico :

- a necessidade de estudar mais a práxis cotidiana tanto dos profissionais (não só como técnicos mas como cidadãos), como dos indivíduos, grupos e comunidades a que se destina o trabalho em saúde, a fim de descobrir os pontos, a partir dos quais se abre a possibilidade de sua transformação;

- a necessidade de criar novas estratégias e instrumentos de trabalho que respondam a esta perspectiva do objeto e finalidade;

- a necessidade de se opor definitivamente à toda e qualquer prática que se concretize através de uma práxis reiterativa, não criadora, não espontânea e não reflexiva;

- a necessidade de reconhecer a premência de tornar o processo educativo em saúde um espaço de instrumentalização coletiva para uma práxis crítica-criativa. Isto significa, na prática, renunciar ao controle absoluto sobre o processo, a manipulação e o autoritarismo, bem como a todo o referencial teórico que sustente tal atuação em favor da busca constante de novos referenciais que orientem uma postura comprometida.

2.3. A MEDIAÇÃO

Mediação é uma categoria de análise que, embora não precise ser abordada de modo específico neste estudo, deve estar integrada ao processo reflexivo, deve fazer parte da postura do analista, como requisito para o conteúdo do mesmo não se tornar mecânico, parcial, estreito e cristalizado em si mesmo.

"A categoria da mediação expressa as relações concretas e vincula mútua e dialéticamente momentos diferentes de um todo". (Cury, 1987, p.43). Através da mediação os fenômenos são compreendidos não de forma isolada, determinados externamente, absolutos, mas em suas contradições, em suas relações com outras manifestações da realidade, em sua relatividade.

Talvez por tudo isso é que eu tenha optado, ao final do estudo, dedicar alguns comentários a esta categoria.(mediação). Outras categorias, entre as quais a contradição, historicidade e totalidade, também essenciais na análise do cotidiano e do processo de trabalho, mereceriam atenção. Mas a mediação me pareceu, neste momento, um elemento inegável "daquele algo que falta".

Em relação a educação em saúde esta categoria (mediação) torna-se indispensável pelo próprio caráter mediador da educação. Se já pensamos a educação como poderoso instrumento de equalização social; se já pensamos a educação impermeável aos interesses da maioria e apenas como instrumento de reprodução da dominação e exploração entre classes; hoje não podemos duvidar que ela pode assumir diversos significados na sociedade. Como social, histórica e política ela é essencialmente mediadora. Mediadora na relação entre classes, na relação entre projetos políticos diferentes; na relação com o saber, o poder, a ideologia.

Como parte do processo de pensar o real, de elaborar saberes, de criar estratégias de transformação, a educação pode não ser suficiente mas é sem dúvida necessária. E o campo da saúde é um terreno profícuo de sua realização.

Isto confirma as indicações apontadas no item anterior, sobre a práxis. A educação, tomada em seu caráter mediador, pode

se contrapor às práticas assistencialistas, autoritárias, alienantes e reprodutoras das normas e regras do jogo da dominação. Mas também necessita, conforme já apontado, que todos os agentes envolvidos no processo se capacitem e se instrumentalizem para tal. Para que o profissional não perca mais o controle do seu processo de trabalho e para que a população não perca mais o controle do processo de gestão de suas vidas e da sociedade.

2.4. O PROCESSO : UMA ILUSTRAÇÃO

As teses apresentadas sobre os momentos do processo de trabalho de educação em saúde, as considerações sobre alguns estereótipos que o envolvem e a discussão sobre as possibilidades teóricas de referenciais como o de Heller, culminaram com a exposição de uma síntese na qual se destacam três elementos básicos para a construção de um referencial teórico-metodológico deste processo de trabalho : sujeito, práxis e mediação.

Não foi pretensão isolar este capítulo das reflexões anteriores, mas apenas organizar meu trabalho de forma que possa ser usado em suas partes, constituídas sobre temas focalizados, e em sua totalidade, como um ensaio livre, que tem como eixo de ligação uma proposta de educação em saúde Para além do cotidiano.

Para uma ilustração do pensamento norteador desta proposta, apresento agora uma figura esquemática do mesmo. Não desejo denominá-lo modelo, já que não serve para representar a realidade toda do trabalho educativo e nem pretende "enquadrar" toda a dinamicidade do real. Mais do que novos modelos precisamos libe-

rar nossa forma de pensar dos modelos já existentes. Precisamos pensar além deles, ver o que não conseguem ou não querem mostrar.

Apesar do risco de uma ilustração ser tomada como tentativa de moldar, cristalizar, dar uma aparência ilusória ao que se pretende conhecer, mesmo assim, optei por interromper este trabalho de forma mais didática e compreensível, representando alguns de seus elementos básicos na figura à seguir.

De modo sintético, esta figura pode ser assim descrita:

O homem frente à realidade tem a atitude de "um ser que age objetiva e praticamente, de um indivíduo histórico que exerce a sua atividade prática no trato com a natureza e com os outros homens, tendo em vista a consecução dos próprios fins e interesses dentro de um determinado conjunto de relações sociais. (Kosik, 1986, p.9).

Assim, a realidade passa a ser o campo de atividade prático-sensível do homem e estas atividades constituem sua práxis cotidiana-conservadora, apoiada no pensamento comum, imediato e fragmentário acerca desta mesma realidade.

O processo educativo tem como objeto de trabalho esta PRAXIS COTIDIANA-CONSERVADORA e como finalidade a sua transformação em uma PRAXIS CRITICA E CRIATIVA, através de um contínuo processo que une dialeticamente reflexão e ação. Isto é, pelo conhecimento o homem se apropria do mundo e este conhecimento se dá na medida que a própria realidade é construída, prática e objetivamente. Só que a práxis crítica e criativa nunca se dá por alcançada e a finalidade do processo é redefinida ao longo do mesmo, caracterizando o movimento de desenvolvimento do humano genérico, da consciência do nós, do sujeito histórico.

Na educação em saúde o processo saúde-doença é o terreno ou porta de entrada a partir da qual se desenvolve o processo educativo (reflexão-ação), numa gradativa apreensão crítica das relações do processo saúde-doença com o todo social e deste todo social como produto humano.

O conhecimento inicial e provisório acerca da realidade imediata da vida cotidiana e outros possíveis instrumentos de trabalho constituem a alavanca que mobiliza o processo. Dentre estes instrumentos, o referencial teórico e a concepção dialética da realidade constituem uma base fundamental no desenvolvimento do processo educativo.

Ao longo de todo o processo educativo atuam condições favoráveis e desfavoráveis, reflexos da organização social que, por permearem o processo, nunca se encontram em posição de exterioridade em relação ao mesmo.

O processo de enfermagem é o conjunto de relações que a enfermagem estabelece durante seu trabalho, ou seja, é o modo próprio da enfermagem e "clientela" (indivíduo, família, grupo ou comunidade) vivenciarem o processo educativo.

Para melhor desenvolvimento do processo educativo em saúde a enfermagem se instrumentaliza e busca "organizar" seu trabalho através de uma metodologia própria. Isto é, o processo de trabalho da enfermagem é instrumentalizado por um método que organiza o trabalho pela previsão dos possíveis momentos que o comporão e das conseqüentes ações que cada momento irá requerer.

O instrumental utilizado durante o processo educativo socializa-se, ao mesmo tempo em que é criado e desenvolvido, integrando-se, assim, à capacitação coletiva para uma nova práxis.

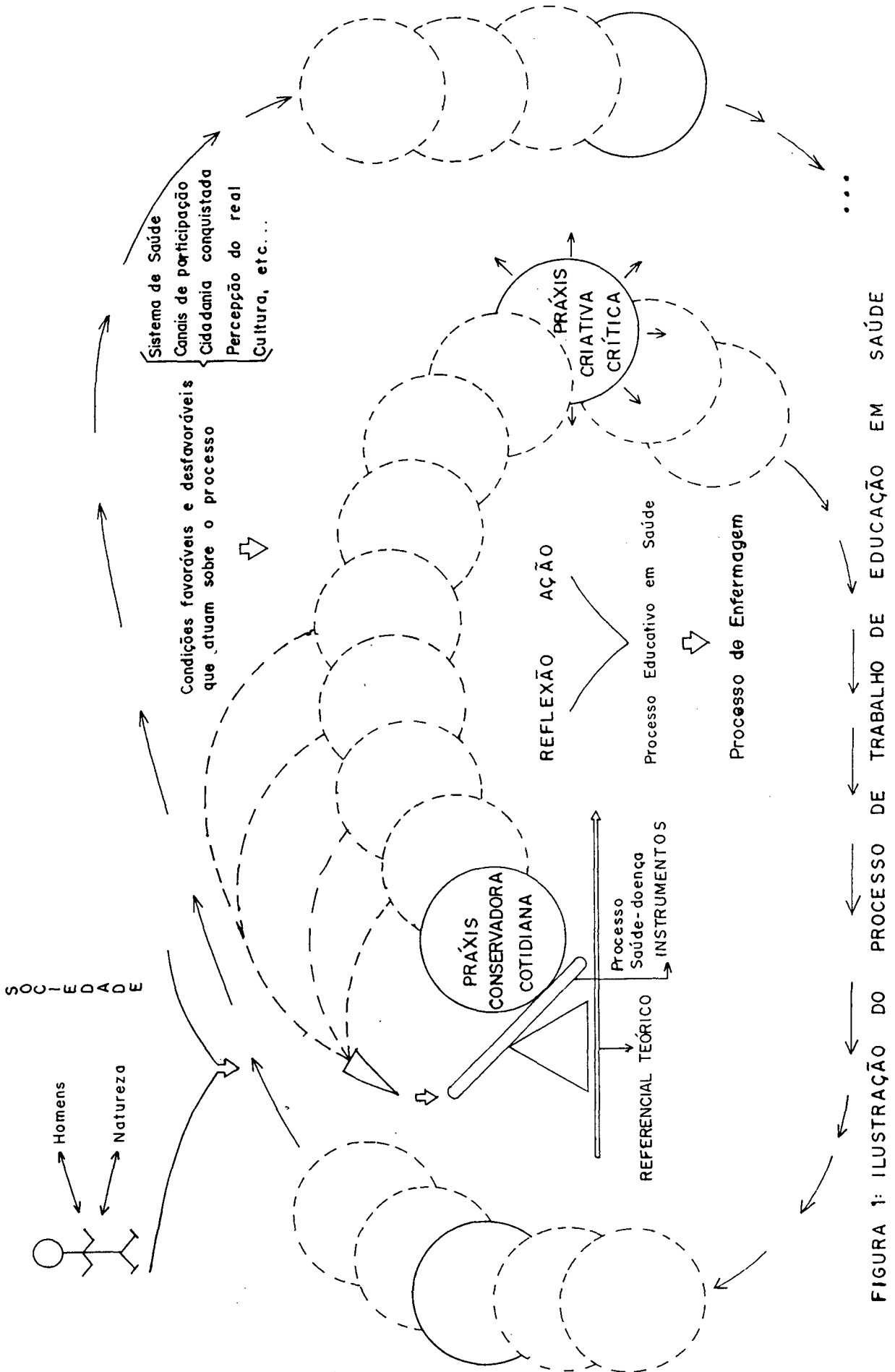


FIGURA 1: ILUSTRAÇÃO DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

V - UMA PAUSA... E UMA AGENDA PARA O RECOMEÇO.

Todo trabalho possui um momento final, de fechamento e conclusão. Definir exatamente onde se localizará este momento, no percurso de uma reflexão, é uma tarefa difícil. Quanto mais reflito mais incompleta me parece a reflexão, de forma que se torna impossível dá-la por concluída. Como um trabalho acadêmico, no entanto, necessita de um contorno mais preciso. Por isso, prefiro dar a estas considerações finais o significado de um momento de pausa e de agendamento para o trabalho que demonstrou estar apenas começando.

Ao fazer esta pausa, retomo meus objetivos iniciais e procuro vislumbrar os limites e as contribuições deste estudo. Desta avaliação surgem novos desafios e motivações para trabalhos futuros. Nesta perspectiva, considero que a contribuição deste estudo reside na análise de temas e idéias que ainda recebem um tratamento um pouco marginal em relação aos conteúdos mais comumente tratados a nível de ensino e prática de enfermagem, mas que vêm demonstrando sua importância e exigindo bases teóricas mais coerentes à construção de um projeto profissional de caráter popular.

Na tentativa de propor alguns elementos para a construção de um referencial teórico-metodológico do trabalho educativo da enfermagem foi que desenvolvi alguns recortes de referenciais

filosóficos amplos (alguns pouco conhecidos na área de saúde, como por exemplo o pensamento de Agnes Heller), que incluíram concepções de cotidiano, ser particular e ser genérico, práxis, mediação, entre outros. Com base nestes conceitos tentei explicitar algumas noções incorporadas, às vezes de forma mítica, aos discursos e práticas de saúde, como, por exemplo, as idéias de individual e coletivo, educação e trabalho.

Mesmo relacionando o estudo na sua forma abstrata com o cotidiano da prática educativa na enfermagem, muitas limitações se fizeram presentes. Limitações que dizem respeito a minhas dificuldades pessoais, como profissional que, preparada para o pronto-agir, fragmentado e acrítico, com base no estritamente imediato e cotidiano, se volta para a crença de que a prática pode não estar dizendo tudo (ao mesmo 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 e, portanto, esta aproximação inicial ao tema encaminha para a continuidade de análise, sob estas e novas facetas da questão.

Acredito, no entanto, que esta dissertação tenha gerado a motivação necessária para a programação de uma agenda que destaque novos estudos sobre as questões do processo de trabalho em saúde, do processo educativo, das contradições entre discurso e prática, das concepções norteadoras da prática de enfermagem, das possibilidades de referenciais que alicerces a transformação desejada, através de aprofundamento teórico, pesquisas e experiências concretas.

Por tudo isso, não é a toa que ao fazer esta pausa chamo Rubem Alves (educador, filósofo e poeta) para falar por mim. E ele quem pergunta: "por que nos esquecemos de nossos sonhos ? ... Que ato de feitiço fez adormecer o educador que vivia em nós ?" (ibidem, 1989, p.24).

E ele quem acusa a "assepsia do desejo, a repressão do amor, a vergonha de revelar as paixões e esperanças". E é ele quem, ao constatar que o educador se retirou do próprio discurso, se ausentou, perdeu seu nome e sua memória, nos diz: "é necessário reaprender a falar" (ibidem, p.25). Falar sem estar no discurso, enunciar idéias sem paixão é ventroloquia. O despertar do educador em nós, passa "por um ato de regeneração do nosso discurso" (ibidem, p.26).

Este é o grande desafio que me estimulou neste trabalho: a possibilidade de descobrir o educador no profissional de saúde, a possibilidade de reconstruir nosso discurso e prática educativa sob novos fundamentos e a possibilidade de tornar nosso trabalho uma experiência expressiva, criadora, mediadora de projetos, utopias e transformações.

"Posto que o homem não cessa de construir mundos, entre aqueles em que vive e os que imagina, a quais deles servirá o educador ? Na prática, ao mundo real em que vive, porque o educador trabalha com as idéias e reproduz teorias e imaginários entre pessoas existentes em sociedades concretas de que é parte. Na prática, a qualquer mundo, a qualquer evidência ou projeto de mundo real ou imaginado, dado que todos necessitam da educação e constituem o educador como um cúmplice ou um aliado" (Brandão, 1985, p.16).

Ao chegar aqui percebi, novamente, como tudo é provisório. Entre as limitações deste trabalho, expressão do momento da minha caminhada, pude ver sua maior qualidade: ele é tão utópico E a utopia é capaz de desenterrar desejos, mover paixões, mudar direções, encarnar-se em ações.... Sonho, trabalho e prazer podem não ser tão excludentes como pensávamos.

VI - BIBLIOGRAFIA

- 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, abril/set. 1991.
- ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.S.Y. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.
- ALVES, R. O preparo do educador. In: BRANDÃO, C.R. O educador: vida e morte. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p.13-28.
- ARRUDA, M. Metodologia da praxis e formação dos trabalhadores. Rio de Janeiro, PACS (Políticas Alternativas para o Cone Sul), 1988. (mimeo).
- _____. A articulação trabalho-educação visando uma democracia integral. In: GOMES, C.M., et all. Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. São Paulo: Cortez/Aut. Associados, 1987. p.61-74
- AYDOS, M.A.D. Utopia e possibilidade - elementos para uma filosofia jurídica militante. Florianópolis: UFSC, 1991. 156p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Curso de Pós Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- BLANK, N. O raciocínio clínico e os equipamentos médicos : subsídios para a compreensão dos equipamentos diagnósticos e terapêuticos para a medicina. Rio de Janeiro: UFRJ, 1985. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Instituto de Medicina Legal, Universidade Federal de Rio de Janeiro, 1985.
- BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191p.
- BRANDÃO, C.R. Lutar com a palavra. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 186p.
- BREILH, J., GRANDA, E. Os novos rumos da epidemiologia. In: NUNES, E.D. (org). As ciências em saúde na América Latina - tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. p.241-254.
- CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre o processo de administração de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W. de S., NUNES, E.D., MERHY, E.E. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.9-31.

- _____. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991. 175p.
- CANDEIAS, N.M.F. Necessidades educativas de púerperas com alta hospitalar médica. Rev. Bras. Enf., Distrito Federal, n.34, p.146-152, 1981.
- CANDEIAS, N.M. F., ABUJAMRA, A.M.D., PEREIRA, I.M.T.B. Delineamento do papel profissional dos especialistas em educação em saúde - uma proposta técnica. Rev. Saúde Publ., São Paulo, v.25, n.4, p.289-298, 1991.
- CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982. 447p.
- CARDOSO DE MELO, J.A. Educação para a saúde. B. Saude, Porto Alegre, v.8, p.9-16, jan. 1981.
- _____. Educação sanitária : uma visão crítica. Caderno CEDES: Educação e Saude. São Paulo: Cortez, v.4, p.28-43, 1987.
- _____. et al. Iniciando uma conversa. Cadernos de Educação Popular: Saude e educação popular. 2.ed. Petrópolis: Vozes/Nova, n.7, p.43-93, 1987.
- CARDOSO DE MELO, J.A., RAMOS, C.L., SOARES, J.C.R. DE S. Quem educa quem? repensando a relação médico paciente. In: COSTA, N.R. (org). Demandas populares, políticas públicas e saúde. v.2. Petrópolis: Vozes, 1989.
- CARVALHO, A.I. Saude e educação de base. Caderno do CEAS, Salvador, n.71, p.9-16, jan-fev. 1981.
- CASTELLANOS, B.E.F. 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.
- CEZARETI, I.V.R., et all. Estudo preliminar do conhecimento do paciente a respeito da esofago-gastro-duodenoscopia como base para orientação de enfermagem. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.1, n.2, p.42-47, abr-jun. 1988.
- CHAUÍ, M. Cultura e democracia. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1989
- COCCO, M.I.M. O enfermeiro e o ensaio não formal em saúde: uma abordagem teórica. Rev. Bras. de Enf., Brasília, v.41, p.45-55, jan/mar, 1988.
- COCCO, M.I.M. A ideologia do enfermeiro : prática educativa em saúde coletiva. Campinas: UNICAMP, 1991. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, 1991.

- COZZUPOLI, C.A., BARBIERI, M. A enfermeira obstetra e sua atuação no preparo para a vida familiar como atividade da obstetricia social. Rev. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.1, n.4, p.110-112, dez. 1988.
- CURY, C.R.J. Educação e contradição : elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1987. 134p.
- DEMO, P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1981.
- _____. Introdução à metodologia da ciência 2.ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- DOMINGUES, E.F. Modelagem de comportamento da gestante tabagista - cuidado preventivo da enfermagem obstétrica. Rev. Bras. Enf., Distrito Federal, v.34, n.2, p.153-163, abr/jun. 1981.
- ECO, H. Como se faz uma tese. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- FANTIN, M. Trajetória do movimento popular de saúde da zona leste de São Paulo. São Paulo: PUC, 1989. Dissertação (Mestrado em Educação)- Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1989.
- FERREIRA, A.B. de H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FERREIRA NUNES, C.G. Alguns impasses teóricos na análise do sujeito coletivo. Rev. Soc. Estado, Brasília, v.4, n.2, p.59-67, jul/dez. 1989.
- FLEURY, S. (org.) et al. Saúde: coletiva ? questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 295p.
- FRIGOTTO, G. A produtividade da escola improdutiva. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1986. 235p.
- GALLO, E. Crise teórica e crise política - impactos na saúde coletiva. In: FLEURY, S. (org). Saúde : coletiva ? questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.67-74.
- GARCIA, J.C. Medicina e sociedade : as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes, E.D. Medicina Social : aspectos históricos e teóricos. Rio de Janeiro: Global, 1983. p.95-132.
- _____. Juan César García entrevista Juan César García. In: NUNES, E.D. (org). As ciências em saúde na América Latina tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. p.20-28.

- _____. Pensamento social em saúde na América Latina. Organizado por Everardo Duarte Nunes. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989. 238p. (Coleção Pensamento Social e Saúde)
- GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.
- GHIORZI, A. DA R. Possibilidades e limites para uma prática transformadora na enfermagem familiar. Florianópolis: UFSC, 1991, 227p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991..
- GIANOTTI, J.A. Trabalho e reflexão. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984. 379p.
- GIROUX, H. Teoria crítica e resistência em educação. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GONCALVES, R.B.M. O processo de trabalho em saúde. São Paulo, Faculdade Med. da USP, 1988. (mimeo) 31p.
- GUATTARI, F., ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986. 328p.
- GUERRA, G.M. et al. Programa de orientação de enfermagem ao paciente portador de miocardiopatia, baseado na caracterização biossocial, conhecimentos e expectativas quanto a doença e tratamento. Acta Paul. Enf. São Paulo, v.4, n.1, p.39-44, mar. 1991.
- HELLER, A. O cotidiano e a história. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1985.
- _____. Sociologia de la vida cotidiana. 3.ed. Barcelona: Península, 1991.
- IDE, C.A.C. Saúde e educação enquanto práticas sociais. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, v.24, n.2, p.225-236, ago. 1990.
- JARA, O. Educacion popular: la dimension educativa de la accion politica. Rev. Educação e Sociedade, Campinas, UNICAMP, v.10, set/dez. 1981.
- KAMIYAMA, Y. et al. Educação para saúde no controle das doenças transmissíveis: uma experiência de integração hospital-escola de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Distrito Federal, v.35, n.1, p.74-80, 1982.
- 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.

- KRISCHKE, P.J. Carências e sujeitos sociais: uma estratégia para o seu des(en)cobrimto. Rev. Soc. Estado, Brasília, v.4, n.2, p.37-57, jul/dez. 1989.
- KOSIK, Karel. Dialética do concreto. 4.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1986. 230p.
- LEOPARDI, M.T. et al. O desenvolvimento técnico-científico - uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem 41, 1989. Florianópolis. Anais...Florianópolis: ABEn, ABEn-seção S.C., 1989, p. 97-126.
- LEOPARDI, M.T. Necessidades de saúde e classes sociais. Ribeirão Preto, 1989. (mimeo).
- _____. 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..
- MACHADO, M.H. Profissões de saúde: um enfoque sociológico. Rio de Janeiro, 1989. (mimeo).
- MANFREDI, M. Es necesario promover el liderazgo en enfermeria para el avance de los programas docente-asistenciales? Educ. Med. Salud, v.22, n.1, p.3-11, 1988.
- MERCER, H. As contribuições da sociologia à pesquisa em saúde. In: NUNES, E.D. (org). As ciências em saúde na América Latina -tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. p.221-225.
- MERHY, E. Saúde e movimento popular : o relato de uma experiência. Caderno CEDES : Educação e Saúde. São Paulo, Cortez, n.4, p.44-53, 1987.
- MIRANDA, C.M.L. Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. 2.ed. Rio de Janeiro: PROED, U.F.R.J., 1987.
- MORAES, J.M., SILVA, M.C.L. Atribuições educativas do enfermeiro na unidade de ortopedia. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.4, n.1, p.55-56, mar. 1991.
- NOGUEIRA, R.F. El proceso de producion de servicios de salud. Rev. Educ. Med. y Salud, OPAS, v.25, n.1, p.15-27, enero-marzo 1991.
- NUNES, E.D. et al. As ciências sociais em saúde na América latina : tendências e perspectivas. (organizador) Brasília: OPAS, 1985. 474p.
- _____. Brasil : relação médico-paciente e suas determinações sociais. Educ. Med. Salud, v.22, n.2, p.153-167, 1988.

- _____. A medicina social no Brasil: Um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G.W., MERHY, E.E., NUNES, E.D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.113-134.
- OLIVI, M.L. et al. Programa de ensino e assistência em saúde escolar. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.3, n.2, p.73-78, set. 1990.
- ORNELLAS, C.P. Educação em saúde: prática sanitária ou ação ideológica. Rio de Janeiro: ENSP, 1981. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Curso de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, 1981.
- _____. Educação em saúde : pratica sanitaria ou instrumento de ação ideologica. Rev. Educação em Questão, Natal, v.1/2, n.2/1, p.79-87, jul/87-jun/88.
- _____. Desafios da enfermagem para os anos 90 (considerações da debatedora. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem 41, 1989. Florianópolis. Anais...Florianópolis: ABEn/ABEn SC, 1989. p. 43-45.
- PEREIRA, I.M.T.B. O educador de saúde pública em um sistema de educação. Rev. Paul. Hospitais, São Paulo, v.29, n.6, p.170-174, jun. 1981
- PIRES, D. Hegemonia medica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.
- QUEIROZ, V.M. , EGRY, E.Y. Bases metodologicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo historico e dialetico. Rev. Bras. Enf., Brasilia, v.41, n.1, p.26-33, jan/mar. 1988.
- RAMOS C.L. Participação popular nos programas de saúde. In : Minayo, M.S. (org) A saúde em estado de choque. 2.ed. Rio de Janeiro : Fase, 1986. p.93-98.
- RICE, M. Educacion en salud, cambio de comportamiento, tecnologia de comunicacion y materiales educativos. Bol. Of. Sanit. Panam., Washington, v.98, n.1, p.65-79, 1985.
- RICE, M., CANDEIAS, N.M.F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde - um projeto pioneiro. Rev. Saude Publ., São Paulo, v.23, n.4, p.347-353, 1989.
- ROCHA, S.M., ANGERAMI, E.L.S. Reflexões sobre elaboração de programas educativos na comunidade. Rev. Paul. Hospitais., São Paulo, v.30, n.5/6, p.114-116, mai/jun. 1988.
- ROSA, M.S. de O. Educação em saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia ?. Porto Alegre: UFRGS, 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1989.

- ROSARIO COSTA, N. Estado, educação e saúde : a higiene da vida cotidiana. Caderno CEDES: Educação e Saude. São Paulo, Cortez, v.4, p.4-27, 1987
- _____. Saber e cidadania das classes populares : uma agenda para investigação. Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.187-206, abr/jun. 1989.
- SALOMON, D.V. Como fazer monografia: elementos de metodologia do trabalho científico. 5.ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.
- SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. 14.ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1986.
- SILVA, G.B. da. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
- SILVA, H.M. Programa de assistência ambulatorial de enfermagem para clientes diabéticos. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.38, n.3/4, p.289-299, jul/dez. 1985.
- SILVA PINTO, S.M.P. e col. Metodologia da assistência - uma nova estratégia de educação em saúde. Rev. Bras. Enf., R.S., v.36, p.163-177, 1983.
- SMEKE, E.L.M. Educação, saúde e movimento popular. Rev. Saude em Debate, Londrina, n.28, p.52-55, 1990.
- SPOSATI, A. de O. et al. Assistência na trajetória das políticas brasileiras: uma questão em análise. 4.ed. São Paulo: Globo, 1989.
- TEIXEIRA, S.M.F. as ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (org). As ciências sociais em saúde na América Latina : tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. p.87-109.
- UTYAMA, I.K.A. et al. A atividade de educação em saúde é viável na disciplina fundamentos de enfermagem ? Acta Paul. Enf., São Paulo, v.2, n.3, p.90-94, set. 1989.
- VALLA, V.V., STOTZ, E.N. Participação popular e saúde. 2.ed. Petrópolis: CDDH/CEPEL, 1991. (Coleção Saúde & Educação)
- VARGAS, G.O., SCAIN, S.F. Educação para a saúde a grupo de obesos. Rev. Bras. Enf., Rio Grande do Sul, v.36, n.1, p.38-49, 1983.
- VASCONCELOS, E.M. A medicina e o pobre. São Paulo: Paulinas, 1989.
- _____. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec, 1989.
- VAZQUEZ, A.S. Filosofia da praxis. 3.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1986.

- VELASQUES, C.L. et al. O enfermeiro no desenvolvimento da comunidade : atuação como educador. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.39, n.2/3,p.16-20, abr/set.1986.
- VERONEZI, L. et al. Consulta de enfermagem na clínica de educação para a saúde - um aspecto da prática de enfermagem que vivemos e queremos viver no Brasil. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 43, Curitiba, 1991. (mimeo).
- WENDHAUSEN, A. Educação em saúde: possibilidades de uma proposta. Florianópolis: UFSC, 1992, 139p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- WHITAKER, I.Y. et al. Informar: primeiro passo no processo de aceitação do paciente traqueostomizado. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.2, n.1, p.23-29, mar. 1989.