

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

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM
UM ESTUDO DE CASO EM UNIDADE BASICA DE SAUDE

MARIA ELISABETH KLEBA DA SILVA

Florianópolis, abril de 1992

Orientadora: Dra Lygia Paim Muller Dias

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM

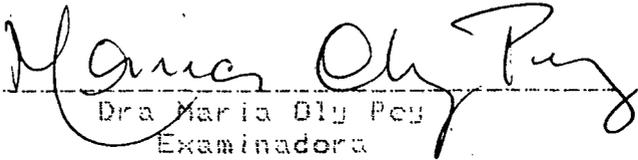
TÍTULO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

UM ESTUDO DE CASO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

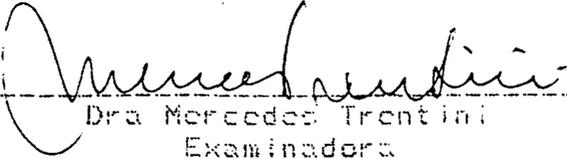
Dissertação apresentada à banca examinadora por Maria Elizabeth Kleba da Silva, sob a orientação da Prof. Dra. Lygia Palm Muller Dias, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Aprovada em 29/04/92, pelos membros da banca:

Dra Lygia Palm Muller Dias
Presidente



Dra Maria Oly Pey
Examinadora



Dra Mercedes Trentini
Examinadora



Dra Rocita Saufe
Examinadora Suplente

"Já se disse que as grandes idéias vêm ao mundo mansamente, como pombas. Talvez, então, se ouvirmos com atenção, escutaremos, em meio ao estrépito de impérios e nações, um discreto nascer de asas, o suave acordar da vida e da esperança. Alguns dirão que tal esperança jaz numa nação; outros, num homem. Eu creio, ao contrário, que ela é despertada, revivificada, alimentada por milhões de indivíduos solitários, cujos atos e trabalho, diariamente, negam as fronteiras e as implicações mais cruas da história. Como resultado, brilha por um breve momento a verdade, sempre ameaçada, de que cada e todo homem, sobre a base de seus próprios sofrimentos e alegrias, constrói para todos."

Albert Camus citado por Rubem Alves

Ao Francisco, afeto, alegria, es-
perança...

Aqueles que acreditam que:
viver, vale a pena;
construir algo novo é possível;
depende de nós...

AGRADECIMENTOS

A meu pai, por ter-me ensinado a sonhar, contando histórias;

A minha mãe, por ter-me ensinado a lutar, confiando em minha força espiritual;

Aos meus irmãos, pelo carinho, confiança e respeito;

Aos meus sogros e cunhados, pela amizade;

A professora Lygia Paim, amiga, irmã nas horas de desânimo e certeza, por ter acreditado, por seu sorriso, seu abraço caloroso e por estar junto todo o tempo;

As professoras Mercedes Trentini e Maria Oly Pey, cuja serenidade e "garra" me transmitiram energia e confiança;

A todos os professores do Mestrado em Enfermagem, por terem compartilhado seu saber;

A Vera Waldorf, por ter-me incentivado no aprendizado de minha própria capacidade;

As colegas Flávia Regina Ramos Gonzaga e Marta Machado Verdi, amigas, leitoras críticas, pela energia e alegria compartilhadas nestes dois anos de mestrado;

As colegas Heloisa, Evely, Claudia, Teda, Leni e Dendem, pelos momentos ricos, pela paciência e companheirismo neste tempo que ganhamos juntas;

Aos atores desta pesquisa, que me possibilitaram aprender;

Ao Nemésio, companheiro nos sonhos, incentivador maior em
minha trajetória...

RESUMO:

O presente estudo teve por objetivo compreender a inserção do processo educativo na assistência de enfermagem em Saúde Coletiva.

Em seu desenvolvimento, uma revisão de literatura busca resgatar pensamentos diversos à respeito do tema, retratando o pensamento e a ação da enfermagem no que se refere ao elemento educativo da prática assistencial. A seguir, um suporte teórico desenvolve os conceitos de saúde e educação, trazendo alguns elementos que reforçam a aproximação da educação e saúde como dois componentes essenciais da vivência humana.

A metodologia empregada na pesquisa foi o estudo de caso, tendo por sujeitos os elementos da equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis, bem como os clientes que utilizaram-se desta assistência durante os momentos da coleta de dados. Além da observação, técnica mais utilizada, algumas entrevistas serviram como fonte de informação para o estudo realizado.

O processo educativo apreendido revelou limites e possibilidades, concretizadas pelos diferentes sujeitos envolvidos

neste processo, e determinadas pelas condições macro e micro, nas quais a assistência se insere. A docilização, a infantilização e a mendicância, impostas aos clientes nas relações cotidianas dentro da Unidade, reforçam a aprendizagem da dependência que busca submeter os indivíduos num jogo de dominação. Por outro lado, a resistência gerada e construída nesta relação de dominação, possibilita um aprendizado de luta e emancipação.

Os profissionais de enfermagem, apesar de assumirem uma condição de "sub-oficialato", enquanto representam e incorporam o poder médico-institucional, contêm em sua condição, potenciais de ação e reação que podem ser utilizados num processo de "insubordinação". Assim, unindo-se à resistência dos outros indivíduos, podem participar com eles num aprendizado coletivo de transformação das condições institucionais e de vida da população.

SUMARIO

INTRODUÇÃO	01
1. O Problema	01
2. Os Objetivos	04
3. A Justificativa	05
A ENFERMAGEM E SUA VISÃO DO PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE COLETIVA	08
1. Os Objetivos da Educação em Saúde	09
2. O profissional: Agente de Controle ou Companheiro da Transformação?	13
3. A Educação como Prática de Enfermagem na Assistência em Saúde Coletiva	17
4. O Saber: Conteúdo da Prática - Instrumento de Poder	22
5. A Instituição: Espaço de Ação e Reação	24
6. Fatores que Interferem no Alcance da Atuação Educativa ..	26
7. Considerações sobre as Falas dos Autores	29
SAÚDE E EDUCAÇÃO: EM BUSCA DE UM PONTO DE ENCONTRO	32
1. Da Saúde	32
2. Da Educação	37
3. Saúde e Educação	44
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CASO EM ESTUDO	46
1. Considerações Éticas e de Rigor para a Validade da Pesquisa	47
1.1. Na Coleta de Dados	47
1.2. Na Apresentação dos Dados	48
2. O Local do Estudo	48
3. Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados	49
4. Análise e Interpretação dos Dados	51
O CORPUS DA OBSERVAÇÃO	53
1. O Cenário onde o Corpus se Insere	53
2. A "Paciente" Clientela	59
3. A Enfermagem: Uma "Família Unida" (?)	62

4. O Movimento na Unidade de Saúde	68
4.1. Solicitações Reticentes	68
4.2. A Espera Docilizada	73
4.3. O Agir Espontâneo	76
4.3.1. Os "Técnicos da Disciplina"	78
4.3.2. Mediando a Negação	81
4.3.3. O Saber Calado	83
4.3.4. O Saber-Fazer Utilizado	87
4.3.5. Vislumbrando a "Positividade do Poder".....	91
4.4. O (re)Agir Sufocado	96
A UBS: ESPAÇO DE CRIAÇÃO NUM PROCESSO DE APRENDIZAGEM	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	111
ANEXOS	117

I N T R O D U Ç Ã O

1. O Problema

A Educação vem sendo considerada, teoricamente, um elemento central na elaboração e execução dos programas institucionais prestadores de assistência à saúde. Entretanto, pode-se perceber que tais programas enfatizam a educação quando, em sua formulação visam, principalmente, a população de baixa renda.

A educação em saúde, ligada tanto ao discurso desenvolvimentista quanto ao revolucionário, é considerada um instrumento de transformação social. Entretanto, ao analisar as definições de educação e de transformação social que acompanham tais discursos, podemos perceber que elas diferem segundo as concepções de mundo e de homem que norteiam suas propostas, desde à formulação das políticas assistenciais até à prática profissional cotidiana.

Assim, podemos encontrar na literatura diferentes propostas de trabalho educativo, como aquelas que apontam para uma atuação profissional mais técnica e formal, até outras que defendem a necessidade do engajamento político a algum processo

de transformação social. A direção dada ao trabalho profissional, de acordo com estas propostas, dependerá, em primeira instância, do referencial teórico que o sustenta, isto é, das concepções que lhe servem de alicerce e direção. Por outro lado, a prática educativa realizada depende das condições objetivas nas quais ela se dá, da finalidade maior que a guia bem como da qualidade do envolvimento das pessoas de cujo processo são sujeitos, tanto profissionais quanto clientes.

No início do século, principalmente vinculada ao discurso eugenista, a educação é lançada aos profissionais da área de saúde como bandeira de mudança social (Costa, 1984). Neste discurso, a educação em saúde objetivava racionalizar a conduta frente as doenças, reforçando as práticas de higiene e servindo de base para argumentar a favor da tutela das classes pobres, pois lhes "garantiria" saúde e educação higiênica e moral (ibidem). Assim, atendendo ao ideal desenvolvimentista-funcionalista, buscou-se implementar uma estratégia de controle da vida da população, onde lhe seriam ditadas normas de conduta e padrões de moralidade e normalidade.

Atualmente, mesmo sendo alterados métodos e algumas falas sobre seus princípios, continua sendo enfatizada uma prática de educação em saúde, à nível institucional, tendo em vista os objetivos já propostos pelos programas oficiais no início do século, que visavam mudar o comportamento das pessoas, através da mudança de suas consciências. Porém, um outro elemento surge nas discussões atuais sobre educação e saúde: a participação. Embora já incorporada, atualmente, ao discurso hegemônico como

sinônimo de integração-adesão, ela apareceu, principalmente, ligada à propostas "revolucionárias", isto é, propostas vinculadas à idéias de transformação estrutural como condição necessária para mudar as condições de vida e saúde. Nesta última concepção, o conceito de participação social reforça a concepção do ser humano enquanto sujeito maior do processo individual e coletivo de mudança. A educação é assim referida como sendo um possível instrumento de capacitação dos indivíduos dentro deste processo, pois, conforme Gadotti (1990, p.10-11), é "um ato de conhecimento e de conscientização", que os instrumentaliza para uma participação efetiva na vida social e política.

Porém, ao ser considerada como um instrumento da prática assistencial, é necessário atentar que a educação pode viabilizar tanto projetos de manutenção do "status quo", quando busca dominar e adaptar as consciências, quanto projetos de emancipação social, quando visa a conquista e construção da cidadania. Como instrumento de um projeto maior, é fundamental conhecer os elementos que, inserindo-se no contexto da prática, determinam a operacionalização do processo educativo, bem como ter clareza dos potenciais e das limitações inerentes às ações educativas.

A necessidade desta clareza se sustenta como preocupação, quando se percebe o quanto ainda está confuso para a enfermagem o significado do processo educativo, qual sua inserção no processo de trabalho assistencial e quais são seus limites e possibilidades em relação ao trabalho institucionalizado dos profissionais de saúde.

O processo educativo em saúde ainda não tem recebido a devida atenção por parte da enfermagem, apesar da educação ser reconhecida como uma das atividades vitais da Assistência Primária de Saúde já no início da década de 80 (Matos, 1980 e Borges, 1981). Em verdade, do acesso à literatura, pode-se expressar uma ausência de propostas concretas, no que se refere à prática educativa inserida na assistência, que sirvam de subsídios à atuação cotidiana em Unidades Básicas de Saúde, ou em qualquer prática assistencial.

Em estudo demonstrado no 41º CBEEn, a educação aparece com apenas 5,5% no total dos trabalhos relacionados nos catálogos do CEPEn - vol. I à VIII -, considerando programas educativos dentro da categoria Objeto de Trabalho da Enfermagem (Leopardi da Rosa et al, 1989). Todavia, neste mesmo Congresso, Castellanos et al. (1989), refere a educação em saúde como uma área com grande potencial de ação para a enfermagem, indicando-a como um objeto de estudo e pesquisa importante para a profissão.

Assim, é necessário compreender, a partir da prática atual, a dimensão educativa da assistência, para poder-se avançar na elaboração de propostas que não sejam apenas idealizações de pensamentos teóricos.

2. Os Objetivos

A questão central do presente estudo é conhecer como se dá a inserção do processo educativo na assistência de enfermagem

da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para isto, é necessário:

- identificar o processo educativo realizado;
- conhecer as relações estabelecidas, no processo educativo, entre o profissional de enfermagem e a clientela usuária da UBS.

3. A Justificativa

Em minha atuação profissional em saúde coletiva, sempre encarei a educação como o eixo central da assistência. Embora encontrasse indicações de atividades chamadas educativas como parte integrante nos textos dos programas que deveriam ser cumpridos, implantados ou implementados nessa área, não me satisfazia a noção de fragmentação que o processo educativo apresentava na prática. Tinha certa dificuldade de viabilizar as técnicas educativas tal como propostas, pois estas me deixavam a sensação de estar "tapando buracos" ou colocando "panos quentes" nas situações vivenciadas com a clientela.

Por outro lado, ao tentar desenvolver práticas com base nos modelos alternativos encontrados na literatura de educação e saúde, conceituada como "mais avançada", não sentia um suporte seguro para dar continuidade à uma prática diferenciada, que tivesse em vista a condição da educação enquanto processo, não apenas como técnica instrumental.

Na verdade, o maior problema era conciliar o papel institucional com uma prática que pretendia engajar-se às questões

populares. Como extrapolar o espaço "reconhecido" como atividades profissionais do enfermeiro? Como transpor as tarefas e funções à mim designadas pela instituição, e "naturalmente" esperadas pelos colegas e pela clientela já "adaptada" aos esquemas tradicionais do assistencialismo?

Entendo que a educação é um componente da assistência que pode tornar viável o alcance da maior finalidade do trabalho em saúde, ou seja, capacitar os indivíduos em sua autonomia, para que conquistem melhores condições de vida. Neste sentido, concordando com a análise de Souza (1987), percebo como elementos essenciais do processo educativo a conscientização, a instrumentalização e a organização dos indivíduos. Porém como concretizar tal processo na prática?

Na literatura de enfermagem esta questão encontra-se pouco trabalhada. Na maior parte dos trabalhos publicados sobre educação, ela é concebida e abordada como uma técnica a ser utilizada para a passagem de informações, onde o enfoque maior é facilitar o cumprimento e a eficácia da terapêutica prescrita à clientela. A enfermagem pouco tem abordado sobre o potencial da educação no processo de emancipação dos indivíduos.

Creio ser importante buscar para o debate, mais dados sobre a prática educativa atualmente desenvolvida pela enfermagem, pois, somente a partir da realidade, analisada criticamente, é possível apontar para a sua melhoria ou superação. Pretendo, com este trabalho, contribuir para o redimensionamento desta prática, visto que esta profissão busca para si novos caminhos e considera a educação como um "instrumental-objeto" me-

recedor de maiores estudos (Castellanos et al., 1989).

Com base nestas reflexões, acredito que o presente estudo pode proporcionar aos profissionais de enfermagem, um referencial maior para repensar a prática assistencial, adquirindo maior clareza e segurança na busca de sua transformação e, em consequência, colaborar para uma maior capacitação desses profissionais, o que poderá possibilitar a melhoria da assistência à clientela, que tem assim na ação educativa uma real fonte de sua instrumentalização.

A ENFERMAGEM E SUA VISÃO DA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE COLETIVA

Procurando compreender a inserção do processo educativo na prática assistencial de saúde, considerei necessário ver como ele vem sendo abordado pelos profissionais que o concretizam .

Busquei, desta forma, entre artigos, teses e livros publicados, o que a enfermagem vem escrevendo sobre a educação em saúde, quer seja como prática experienciada, pesquisa realizada, ou como produção intelectual que reflete sobre a realidade observada, propondo sua manutenção ou transformação. Para isto, delimitei o período de 81 a 91, como espaço histórico de maior interesse no momento, bem como a saúde coletiva no Brasil, como área de preferência para analisar ações ou propostas educativas de enfermagem. Além disso, a medida em que surgiam referências afins importantes, que extrapolavam a delimitação anteriormente estabelecida, procurei trazer suas contribuições para que pudessem enriquecer o debate.

Pude constatar que já existe na literatura da enfermagem um número razoável de escritos que abordam a questão da educação, quer como atividade, quer como processo inerente à assistência à saúde. Em comparação a outros temas estudados, no en-

tanto, sabe-se que são ainda em número reduzido (Leopardi da Rosa et al, 1989).

Também é importante aqui colocar que, apesar do esforço realizado no sentido de expor claramente a visão dos autores consultados, nem sempre isto foi possível, pois, muitos textos não trazem bem explicitados conceitos próprios ou posturas dos autores. Por outro lado, as dificuldades próprias da comunicação, mais precisamente, as limitações da linguagem escrita, fazem com que nem sempre aquilo que o leitor compreende corresponde àquilo que o escritor tinha por intenção transmitir. Isto sem pensar nas limitações do próprio leitor.

Como então, a educação vem sendo concebida pelos profissionais da enfermagem que escrevem sobre saúde coletiva? E como a prática dos profissionais que atuam em saúde coletiva vem sendo proposta ou analisada? E nesta perspectiva que tentei confrontar posições diversas de vários autores, visto que somos uma categoria profissional que desenvolve uma prática vinculada à assistência institucionalizada, e que, até por isto mesmo, sofre condicionamentos da estrutura social vigente e da dinâmica de suas relações contraditórias.

1. Objetivos da Educação em Saúde

Nos textos onde a enfermagem têm conceitualizado a educação, dois enfoques principais têm aparecido, seguindo provavelmente, as tendências presentes nas discussões atuais. Ela é

concebida, assim, enquanto um instrumento de adaptação social, quando considerada um processo de "amadurecimento" que leva à adaptação às normas e padrões adequados (Lescura, 1987), ou enquanto instrumento na transformação social, quando supõe que a acumulação de conhecimentos é condição para a formação de uma consciência sanitária e da cidadania (Cocco, 1991).

Alguns autores vêem a educação para a saúde como uma técnica-instrumento que facilita a ação assistencial, sendo referida como "qualquer atividade através da qual o indivíduo aprende algo sobre saúde e doença" (Evora et al., 1987, p.180), uma vez que, segundo estes autores, influi "de modo significativo no âmbito da prevenção e tratamento de doença,... ou complicações que destas possam surgir" (Velasques et al., 1986, p.16).

Este entendimento é reforçado por Lescura (1987, p.70) quando, citando Melo, coloca que a educação em saúde "visa ao desenvolvimento, no indivíduo e na sociedade, de sistemas conceituais e de valores que estimulam padrões de vida saudável". Ela entende que a educação deve "levar a população a perceber saúde como uma necessidade", e isto implica em obter "uma transformação total do homem e de seu projeto de vida..." (ibidem, p.9).

Lescura (1987, p.73) ainda enfatiza que, para minimizar as barreiras na aquisição de comportamentos saudáveis e aumentar a aceitação pública aos programas de saúde, "esforços persuasivos serão necessários, devendo ser a focalização diretamente nas... crenças e comportamentos (dos indivíduos)", e aponta a motiva-

ção como fator essencialmente educativo. Apesar de defender o direito à liberdade do sujeito escolher seu estilo de vida, declara que o amadurecimento da pessoa resulta em adaptação à normas e padrões, sem esclarecer entretanto, que normas e padrões são estes, e nem questionando quem os tem ditado e determinado sua legitimidade.

Através de uma revisão de literatura sobre o enfermeiro e o ensino não formal em saúde, Cocco (1988) identifica que vários autores referem a educação como orientação para a mudança de comportamento, cujo objetivo seria a capacitação para a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Em outro estudo porém, após uma pesquisa sobre a ideologia do enfermeiro e sua relação com a prática educativa, onde acompanhou o trabalho desenvolvido com oito grupos educativos, esta autora conclui que "a educação ensina... os conhecimentos e as habilidades necessárias e legítimas para que as pessoas... preservem e reproduzam com suas idéias (...inculcadas...), e com as suas atitudes ("apreendidas"...), a ordem econômica política e ideológica da sociedade" (Brandão apud Cocco, 1991, p.63).

Ornellas (1981, p.3), num estudo sobre a prática da educação em saúde, refere-a como ação ideológica, e delimita o potencial da educação num aparelho de reprodução social, argumentando que já "existe um consenso entre analistas da educação quanto ao papel da ação educativa como instrumento de controle social e inculcação ideológica".

Por outro lado, Nascimento e Rezende (1988, p.11) refletem que a "educação para a saúde sempre foi vista como um conjunto

de medidas que deve induzir as pessoas a atitudes tidas como desejáveis para a promoção de saúde e prevenção da doença". Entretanto, estas autoras analisam que este modelo de educação está falido, pois não se evidenciam mudanças nas atitudes da população que possam ser atribuídas diretamente às recomendações e normas do saber técnico. Para elas, a educação é "um saber-fazer que só acontece no convívio social. Cultura não é uma aderência de conceitos alegóricos, mas, sim, uma... atividade (que) é crítica e criadora e se desenvolve à medida que o ser humano se propõe (à) responder desafios" (Nascimento e Rezende, 1988, p.19). Portanto, a educação não poderia ser admitida como um instrumento de mudança por si só. Não basta a intenção, é necessário haver um processo de transformação, passível de ser percebido através de ações concretas do ser humano.

Para Almeida (1989, p.58), a educação em saúde, como processo de trabalho da enfermagem, começa a ser vista, a partir do início da década de 80, "não enquanto uma medida coercitiva de controle social..., mas sim enquanto um instrumento que garanta aos indivíduos a compreensão de si mesmos enquanto cidadãos e enquanto membros participativos da sociedade, com direitos a adequadas condições de saúde e vida". Embora tenha percebido alguns autores com esta visão, o acesso à literatura não me deixou confirmar a afirmação de que o início da década de 80 tenha sido um marco na mudança de entendimento da educação em saúde na enfermagem. Na verdade, há indícios de uma nova indicação para a atuação profissional no que se refere à educação enquanto componente da prática assistencial de enfermagem.

Tentando ampliar a compreensão do processo educativo e sua importância na prática assistencial, Laganá (1986, p.16) considera que a educação pode propiciar "a independência do homem, através da promoção do auto cuidado", pois é um "processo... que implica na aquisição de comportamentos desejáveis, pela população, sob o ponto de vista de seu bem estar".

Para Cocco (1991), a prática educativa deveria estar voltada para a formação da cidadania, numa perspectiva mais democrática, e para o desenvolvimento da consciência sanitária, tanto da população quanto do profissional. Neste sentido, Silva Pinto e Paiva (1983, p.181) defendem a educação como um processo contínuo de libertação, que deve sensibilizar o homem, enquanto sujeito principal, sobre a importância de sua participação como fator preponderante para a mudança da realidade.

2. O Profissional: Agente de Controle ou Companheiro da Transformação?

Apesar de reconhecer as dificuldades objetivas da prática e as falhas na formação profissional, o enfermeiro é visto, por alguns autores, como alguém que tem responsabilidade política, e que deve ajudar os homens (livres) a "organizar seu saber a respeito de seu mundo, colocando-os numa postura crítica" (Laganá, 1986, p.17). Di Lascio (1985) entende que o enfermeiro, enquanto agente de mudança, é um facilitador, libertador e desmascarador de ideologias, apresentadas como verdades definiti-

vas. Estas autoras, entretanto, não ampliam a discussão sobre o condicionamento do próprio profissional no sistema de valores da sociedade, enfatizando seu poder de conduzir os indivíduos no processo de desmistificação.

Na visão de Silva Pinto e Paiva (1983), o enfermeiro deve "se colocar como um comunicador de um saber relativo à outro saber relativo", uma vez que não possui um conhecimento absoluto. Para Laganá (1986), o enfermeiro deve vivenciar com a população, assumindo com ela seus problemas, compreendendo-a e auxiliando-a no processo de conscientização, do qual participa.

A opção por uma forma crítica de educação, na visão de Nascimento e Rezende (1988, p.13), "compromete-se com uma visão diferente do mundo e da inserção do homem na sociedade". Assim, a educação não pode ser um ato unilateral, exercido como um compromisso de um agente ativo, mas deve visualizar "o caminho da práxis através da proposta da educação participativa. Como compromisso solidário, ele pressupõe a troca e o intercâmbio de experiências, não anulando o saber técnico nem subestimando o saber popular" (ibidem).

Alguns autores, no entanto, através de pesquisas ou reflexões sobre a prática educativa dos enfermeiros, referem que esta, na realidade, tem sido eminentemente reprodutora e mantenedora das condições atuais de vida, do poder socialmente instituído, e da ideologia dominante, que normatiza o pensamento e a conduta humana. Rezende (1984) e Cocco (1991) analisando a inserção da educação na assistência de enfermagem, enfatizam seu poder historicamente coercitivo, entendendo-a como reprodutora

da ideologia dominante e um "instrumento de controle social" (Cocco, 1991, p.62), pois veicula uma ideologia de "manutenção das condições de vida" (ibidem, p.45).

Ornellas (1981) considera o enfermeiro um instrumento de ação ideológica, na medida em que direciona as condutas dos indivíduos e se imagina o detentor do saber. Esta autora, numa pesquisa realizada sobre a prática educativa dos profissionais em 10 postos de saúde do Estado do Rio de Janeiro, entre 1978 e 1979, enfatiza criticamente que esta tem se restringido à um "conjunto de procedimentos... utilizados para a indução de comportamentos que atendam à consecução de determinados objetivos da medicina" (p.3), que se resumem em normatização de condutas.

Ao analisar criticamente a enfermagem no contexto da saúde, Rezende (1984) considera que a dominação desta categoria profissional se dá na ajuda aos pobres, a qual intitula de "angelicanismo messiânico", quando os "ensina" a cuidar de sua saúde (desvalorizando e subestimando o saber popular), e quando se sente e age como o detentor do saber, uma vez que "possui" o conhecimento técnico.

Por outro lado, Birskis e Carvalho (1983. p.297), defendem que o enfermeiro de saúde pública tem como atribuições a "orientação aos usuários sobre as indicações médicas e esclarecimento detalhado e simplificado de sua prescrição". Segundo estas autoras, este profissional, sendo agente da ação educativa, ensina às mães, que possuem "hábitos inadequados", o que devem fazer para que seus filhos desnutridos melhorem (ibidem). Também Velasques et al (1986), considera o enfermeiro como al-

guém que orienta a população, carente de informação, para que esta possa mudar seu comportamento e solucionar seus problemas de saúde. Parece que estas autoras entendem a educação como um dever profissional, e que a solução dos problemas reside, principalmente, na mudança de comportamento dos indivíduos, quando estes acatarem os ensinamentos dos profissionais.

Nesta perspectiva, Fagundes (1983, p.266) refere que a intervenção de enfermagem deve visar "a manutenção ou promoção da adaptação do indivíduo à mudanças ambientais". Embora defenda o respeito à "personalidade social" do indivíduo, atribui ao enfermeiro o papel de agente ativo do cuidado, no sentido de conservar as energias do paciente, participando, predizendo e influenciando em seu tratamento. Ela admite a necessidade de participação do indivíduo, limitando-a, porém, à execução de seu plano de cuidados, organizado e avaliado pelo profissional.

Para Cocco (1991), a formação profissional prepara a enfermagem para desenvolver uma prática alienada, passiva, idealista, subserviente, abnegada e acritica. A autora ainda reflete, que a prática da enfermagem é desvinculada da realidade contextual, devendo ser discreta e dócil, quando o enfermeiro deve ser "alguém que não exerça a crítica social, porém console as vítimas da sociedade" (Germano apud Cocco, 1991, p.57). Entretanto, segundo esta mesma autora, a enfermeira incorpora um saber-poder em seu agir e, "ao mesmo tempo em que obedece, faz obedecer" (Loyola apud Cocco, 1991).

3. A Educação como Prática de Enfermagem na Assistência à Saúde Coletiva

A educação parece ainda um termo vago ou limitado para a maioria dos profissionais de enfermagem. Geralmente vista como uma técnica instrumental, ela aparece muito mais vinculada à necessidade operacional da ação profissional do que um processo do qual enfermeiro e cliente compartilham.

Em sua pesquisa, sobre ações exercidas pelos enfermeiros do INAMPS nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, Oguisso (1984) apresenta como resultado, entre as seguintes "ações de cunho educativo" (que constituíam 12,4% do total das ações identificadas), atividades como palestras, orientações em grupo, cursos sobre temas de saúde, e treinamento em serviço do pessoal auxiliar. Assim também Ornellas (1981), em sua pesquisa junto à 10 Unidades de Saúde do Rio de Janeiro, refere ter identificado palestras, consultas e entrevistas, o que resumiam as ações educativas dos profissionais.

Mota (1990), em seu relato de proposta metodológica para um serviço educativo em saúde no Rio Grande do Norte, aponta como ações a serem desenvolvidas: reuniões, visitas, entrevistas, palestras, treinamentos, e mobilização da clientela para campanhas de vacina.

Velasques et al (1986, p.18), que se propõe a realizar um trabalho educativo em comunidade, desenvolve palestras sobre temas ligados principalmente à doenças ("diabetes...", "patologias do aparelho genital feminino",... "câncer",..."esclareci-

mentos sobre o ciclo menstrual"...), apesar de identificar, através de um diagnóstico preliminar, questões referentes às condições de vida, entre as principais queixas da comunidade (calçamento, falta de água, falta de organização entre os moradores, etc.).

Já para Amorim (1989, p.7 e 8), "poucas ações são tão educativas quanto a aplicação de um conjunto simples de medidas higiênicas que reduz a proporção de indivíduos parasitados na comunidade ou uma campanha sistemática e maciça que diminua o número de ocorrências de determinada doença na população".

A educação em saúde afigura-se nestes depoimentos como uma ação técnica, um instrumento de medicalização, não sendo revelada como um processo.

Num estudo de caso realizado em cinco Unidades Sanitárias do Distrito de Campinas, foi constatado que as ações ali desenvolvidas eram fragmentadas, improvisadas, dentro de uma rotina dificilmente quebrada (SUDS/SP, 1987). Almeida, Mello e Souza Neves (1991) também observam esta descontinuidade da assistência, e percebem que as ações educativas de enfermagem são realizadas isoladamente, atendendo necessidades individuais e imediatas, adquirindo características de pronto atendimento.

Almeida, Mello e Souza Neves (1991), através de pesquisa realizada sobre o trabalho em três Unidades Sanitárias de Ribeirão Preto em 1990, colocam que a educação em saúde tem-se restringido a atividade de orientação sobre a prevenção da doença e, principalmente, de reforço à assistência médica. Nesse sentido, a pré consulta é realizada para pesar e medir, pos-

sibilitando a prescrição médica, e a pós consulta, para reforçar e esclarecer tal prescrição (ibidem).

Apesar de perceber estes fatos, Cocco (1991) nos relata que surgem tentativas de realizar um trabalho diferenciado, por parte de alguns profissionais que, buscando a troca, o diálogo ou a organização dos indivíduos, estabelecem formas mais democráticas de relacionamento, procurando ouvir e perceber o que os grupos ou seus integrantes pensam e sentem. Esta abertura, na visão desta autora, bem como a receptividade do profissional às expressões dos indivíduos, determinam uma maior participação e maior receptividade por parte da clientela, uma vez que possibilita a troca de conhecimentos e o conhecimento da realidade dos usuários, bem como de sua cultura.

Segundo o relatório de pesquisa do SUDS/SP (1987), há vários profissionais que procuram ouvir e fazer valer a fala e os direitos da população, embora sejam boicotados em seu trabalho pelos próprios companheiros. Para Amorim (1989), alguns profissionais, apesar das dificuldades e condicionantes estruturais, tentam mudar a situação através de ações diretas sobre a população e informando a população para que tenham condições de defender-se melhor das doenças.

Há pois, diversas tentativas de realizar um trabalho que tenha por princípio o respeito pelo ser humano e o reconhecimento de seus direitos, onde "o cliente deixa de ser um desposuído, para quem se está prestando um favor, passando a ser visto como cidadão" (SUDS/SP, 1987, p.63) ou como sujeito, tanto quanto o profissional, e onde a educação pode tornar-se ins-

trumento de conscientização (Cocco, 1991).

Para Silva Pinto e Paiva (1983), o trabalho educativo é melhor desenvolvido a partir de grupos, quando se permite o desenvolvimento de todos os integrantes, sendo que os temas para o debate devem ser os que dali emergem. Di Lascio (1985, p.112) também aponta o trabalho de grupo como método adequado, pois atenua "os efeitos do poder institucionalizado dos profissionais" e proporciona maior possibilidade de expressão aos participantes. Discutindo uma proposta de atuação com mulheres, esta autora entende que o saber deste grupo pode ser reconhecido através do diálogo, que deve buscar a valorização de suas vivências, incentivando sua livre expressão. Estas autoras consideram necessário partir da realidade local e avançar para a mobilização e organização da população.

Cocco (1991) entretanto, alerta sobre o perigo do trabalho de grupo se reduzir à um espaço de atuação profissional que veicule a ideologia dominante, na medida em que se estabelecem relações rígidas de controle e de subordinação. Segundo ela, apesar de servir como espaço de informação, onde os indivíduos consigam visualizar a dimensão coletiva de seu problema individual, quando a prática educativa avança permitindo o diálogo e privilegiando a "conscientização", ainda assim, o trabalho de grupo encerra, muitas vezes, sua finalidade no curativo, na resolução do problema imediato.

Assim, Cocco (1991) traça algumas críticas, considerando que o enfermeiro pode vir a entender que o trabalho com grupos de clientes resume o espaço maior da ação educativa - cujo ob-

jetivo se limita no repasse de informações -, uma vez que serve como fator de satisfação profissional e de realização pessoal. Este tipo de trabalho, conforme a autora, tem significados diferentes para diferentes personagens: para o profissional, representa um espaço de atuação; para os usuários, representa uma forma de acesso diferenciado ou momento de romper a rotina do cotidiano; e, para a instituição, uma forma de prestar serviços mais baratos e com maior cobertura à população.

A participação no processo educativo ou na prática assistencial, embora enfatizada nas diretrizes das políticas e programas atuais de saúde, quase não é referida pela maioria dos autores pesquisados. Fagundes (1983), Amorim (1989) e Mota (1990) a citam como elemento essencial ou importante, mas não esclarecem como a entendem, e de que maneira ela vem sendo ou deveria estar sendo colocada na prática. Outros ainda, como Velasques et al (1986), a recomendam como oportunidade que é ou deve ser concebida para que as pessoas possam manifestar-se através de perguntas nas palestras, sobre dúvidas à respeito dos temas então desenvolvidos.

Cocco (1991) em seu trabalho de pesquisa junto aos grupos educativos, observa que os profissionais têm um discurso participativo não coerente com a prática, e esta se limita a ser repassadora de informações. A autora ainda relata que os profissionais negam o saber popular, impondo seu saber "científico" mais "eficiente".

Outros autores, por outro lado, não só a consideram elemento fundamental da prática, mas defendem que a participação

da população deve ser estimulada e permitida; deve ser ativa e não utilizada somente para que os profissionais consigam maior eficiência nas suas intervenções; e que deve favorecer as formas de expressão da comunidade (Silva Pinto e Paiva, 1983).

4. O Saber: Conteúdo da Prática - Instrumento de Poder

Na fala de alguns autores, o conhecimento aparece como algo que deve ser transmitido com uma linguagem simples (Velasques et al, 1986), e que constitui orientações referentes à "importância da imunização, combate ao fumo, AIDS, desidratação, verminose, prevenção de cárie dentária e outras" (Mota, 1990, p.4). Assim, o conteúdo valorizado é o saber técnico, veiculado de maneira acessível, cuja condução será mantida pelo "educador" (neste caso, o enfermeiro).

Em contrapartida, conforme observa Laganá (1986, p.68) em sua análise da prática educativa da enfermagem, o respeito à cultura e à linguagem do povo fica no discurso, sendo que "os funcionários utilizam... um repertório de informações que não é acessível à todos, mas é exequível sob o ponto de vista dos técnicos que o elaboram". Ornellas (1981, p.95) ainda reflete que as propostas educativas dos programas oficiais são transformadas na prática "num elenco de regras de condutas, sem quaisquer vínculos com a realidade cultural do público a que se destinam", uma vez que são reduzidas quantitativa e qualitativamente, na preocupação de tornar a educação simplificada.

No entendimento de Nascimento e Rezende (1988, p.11), a educação tradicional pressupõe que o técnico sabe, e a população é ignorante. Então ele deve "enfiar o saber-de-quem-sabe no suposto vazio de quem-não-sabe" (Brandão apud Nascimento e Rezende, 1988, p.11).

Ornellas (1981), Laganá (1986) e Cocco (1991) consideram que, frente à ação dominadora, o indivíduo tende à submeter-se, calando e se autodesvalorizando, negando seu próprio saber. Neste tipo de relação podem surgir artifícios criados pela população, como amizade com funcionários, assiduidade nos grupos ou no posto, para obter privilégios tais como: melhor atendimento, alimentos, etc. (SUDS/SP, 1987 e Cocco, 1991).

Para Laganá (1986), SUDS/SP (1987), Ornellas (1981) e Cocco (1991), os enfermeiros concebem a população que procura a UBS como carente, pobre, humilde, ignorante ou mal educada, e que esta não deve "reivindicar ou exigir, mas apenas aceitar" (SUDS/SP, 1987). Para estes autores, no entanto, a população deve ser vista como "sujeito do processo educativo" (Laganá, 1986), ou como "sujeitos, agentes de uma prática, que se conscientizam à medida em que rompem as barreiras da alienação e que tem elementos de decisão que permitem uma interação à caminho da transformação crítica da sociedade" (Cocco, 1991, p.96).

Vasconcelos (1989, p.20), dentro da discussão sobre o saber técnico x saber popular, levanta que "para muitos, educar para a saúde é levar à população a compreensão e as soluções corretas que os profissionais conscientes, politizados e conhecedores da ciência já descobriram". Todavia, este autor lembra

que o saber popular não é um saber atrasado, e sim, bastante elaborado, "com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade". Em contrapartida, para ele, o saber técnico, está "encharcado dos interesses das classes dominantes e... é muito limitado para explicar toda a variedade da realidade" (ibidem). Com estas considerações, o autor defende que a educação em saúde deve ser entendida como uma troca de saberes, baseada no diálogo, "um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender" (Vasconcelos, 1989, p.20).

Ornellas (1981) alerta que o saber técnico é um agente de controle, escamoteado em atitudes paternalistas, autoritárias e "compreensivas", enquanto o saber popular é desinstrumentalizado. Desta forma, conforme nos coloca Dias (1987), o saber popular não pode ser considerado saber puro, pois recebe em sua formação influências decisivas de outros saberes mais estruturados. Para ela, os profissionais de saúde devem levar em consideração este saber, refletindo criticamente sobre ele, reconhecendo que podem contribuir decididamente em sua construção, a medida em que "trazem outras informações, as quais a população (comumente) não tem acesso" (Dias, 1987, p.19).

5. A Instituição : Espaço de Ação e Reação

Sobre a instituição, como espaço concreto da ação educativa, Ornellas (1981) refere que é uma estrutura de controle so-

cial. Cocco (1991, p.114) porém, apesar de concordar com esta natureza da instituição, a considera locus de expressão da cidadania, pois é uma "unidade de produção de serviços, um equipamento de consumo coletivo e uma instância de gestão... uma instância político ideológica".

Nesta direção, o relatório do SUDS/SP (1987, p.30) evidencia que, apesar da instituição ser desvalorizada, porque é gratuita, e inadequada às exigências da nova realidade (qualidade dos problemas e formas de enfrentamento atuais), ela é uma "realidade em movimento, impulsionada pelas experiências concretas de vida e de trabalho dos funcionários". Estes autores enfatizam o espaço de contradição inerente à estrutura social que constitui a instituição de saúde.

Para Sposatti et al (1986), a instituição é espaço de luta e resistência da população, que, apesar de servir ao Estado em sua estratégia de dominação e controle, possibilita aos indivíduos o acesso aos bens e serviços, aos seus direitos de cidadão...

Assim, a instituição é vista como espaço, ponto de referência da ação profissional e da busca de recursos para sanar as necessidades de saúde da população. Não pode ser menosprezada nas discussões sobre as possibilidades da assistência, enquanto ponto de apoio e espaço de luta por melhores condições de existência.

6. Fatores que Interferem no Alcance da Atuação Educativa

Alguns autores referem interferências das condições de trabalho na atuação do profissional. Segundo Evora et al. (1987), o enfermeiro é um profissional sobrecarregado de funções, e sem condições para exercer sua principal função que é a educativa. Esta autora conclui em sua observação realizada sobre as atividades de uma enfermeira em um ambulatório hospitalar, que "a multiplicidade e superposição de funções acrescidas das enormes responsabilidades que são atribuídas ao enfermeiro em seu exercício profissional, dificultam... a sua participação efetiva no atendimento global da saúde..." (ibidem). Ao mesmo tempo, porém, ela entende, que "as enfermeiras continuam dispendendo grande parte de seu tempo em atividades burocráticas, em atividades fora de seu campo específico, delegando ao pessoal auxiliar atribuições que seriam de sua competência profissional" (Evora, 1987, p.183).

Oguisso (1984) refere que a falta de pessoal, a precariedade da área física e das condições de trabalho, são elementos que dificultam a atuação do enfermeiro na área primária da assistência, o que o leva a assumir prioritariamente funções administrativas e de respaldo ao atendimento médico.

Além das dificuldades de operacionalização do trabalho educativo por parte dos profissionais, são citados outros fatores que contribuem para um resultado insatisfatório de educação na assistência primária, relacionados às condições da clientela. Para Birskis e Carvalho (1983), os fatores sócio econômico

cos, como a dificuldade das mães comprarem alimentos adequados e necessários, interfere no resultado das orientações prestadas. No entanto, não são consideradas em seu trabalho, possíveis medidas de intervenção nesta realidade.

Segundo Lescura (1987, p.71), não basta falar aos indivíduos sobre seus direitos para motivar a mudança de comportamento, pois há "questões de ordem sócio-econômica e política que funcionam como grandes empecilhos". No entanto, esta autora fundamenta sua proposta de metodologia para a educação em saúde, em um dos princípios básicos de Kurt Lewin, ou seja, que "o mundo do percebedor é que determina o que ele fará, e não o ambiente físico... embora (este)... tenha significativo papel, mas somente na maneira pela qual ele é representado na mente do indivíduo". Com base nesta premissa, Lescura (1987) defende o "modelo de crenças em saúde" como o mais adequado para motivar os indivíduos na prevenção e detecção precoce de doenças, pois descobre crenças e fatores que podem sensibilizá-los para isto, através de persuasão e indução do profissional competente.

Leopardi da Rosa (1985) coloca uma dificuldade que existe muitas vezes para o trabalhador da saúde, que é o fato de não encontrar saídas mais imediatas para problemas tão complexos como os condicionados pela estrutura social, e por isto não se sentir capaz de conscientizar a população sobre as verdadeiras causas de seus problemas, o que o leva a prestar apenas a assistência mais imediata para seus sintomas corporais. A autora alerta que, manter a ignorância para poupar o sofrimento é optar pela continuidade desta situação; e que "abrir-lhes a pers-

pectiva de conhecer os determinantes de seu processo vital é fornecer-lhes os elementos informacionais para a busca de novas formas de relações sociais, num processo de reconstrução do mundo" (Leopardi da Rosa, 1985, p.119).

Outro ponto que esta autora considera fundamental, é o cuidado direto, quando coloca que não podemos possibilitar somente um compromisso à nível teórico, implementando um processo de conscientização; é preciso que a discussão sobre as necessidades concretamente sentidas pelos indivíduos não permaneça apenas ao nível da reflexão. "Ela precisa gerar ações, tanto no sentido imediato e individual, quanto no sentido global e coletivo" (Leopardi da Rosa, 1985, p.124).

Vasconcelos (1989), reconhecendo que a população espera da assistência uma atuação clínica que resolva seus problemas mais concretamente percebidos, defende que esta atuação tem estreita ligação com a ação conscientizadora e se constitui num espaço de atuação política. Ele argumenta que "só quando o profissional consegue respeito da população pelo seu bom trabalho dentro do Centro de Saúde é que ele tem voz dentro dos grupos, famílias e outras instituições da comunidade" (Vasconcelos, 1989, p.27).

Para Fernandes et al. (1991) para que o profissional possa realizar um trabalho de educação, deve comprometer-se com os interesses da população e conquistar sua confiança, criando laços afetivos. No entanto, refletindo sobre as limitações do trabalho educativo em saúde, estes autores advertem que as modificações reais sobre a consciência e sobre as condições da

realidade, somente podem ser conquistadas através do exercício da cidadania e da união e solidariedade de classe (ibidem).

7. Considerações Sobre as Falas dos Autores

É importante considerar que a prática de enfermagem é uma prática social, condicionada e construída nas relações sociais, num momento histórico e numa sociedade concreta. Ela não é uma atividade "inventada" isoladamente, mas depende de muitos fatores inerentes à sua existência. Portanto, não depende apenas da vontade de alguns indivíduos, "bons" ou "maus", que ditam a sua formação conforme interesses pessoais. A prática de enfermagem é formulada e solidificada num processo para o qual concorrem fatores macro (modelo assistencial de saúde, políticas de saúde, valores e padrões vigentes, etc.) e micro (necessidades pessoais de saúde, ação dos profissionais, etc.).

Desta forma, quando alguns autores analisam a educação em saúde inserida na prática assistencial de enfermagem, deveriam ter em consideração este contexto maior. Ao afirmar que a educação é um instrumento de "inculcação ideológica", podem estar concebendo-a unicamente enquanto ato instrumental ativado e utilizado por um "sujeito" e absorvido por um "objeto". É necessário compreender e acreditar na capacidade crítica e criativa dos indivíduos que, apesar de estarem submetidos às ações institucionais manipuladoras, podem reagir e participar de um processo de emancipação.

Os profissionais de enfermagem são concebidos de maneira contraditória. Enquanto uns autores os consideram um elemento de controle social, referindo seu poder de normatizar o pensamento e a conduta humana, outros autores o consideram agente de transformação, quando participa, juntamente com a população, de um processo de conscientização. Entretanto, como bem referem Nascimento e Rezende (1988), a atuação do profissional estará condicionada à sua opção por um trabalho crítico ou não. Como indivíduos sujeitos ao domínio institucional, da mesma forma que os clientes que dele necessitam, os profissionais de enfermagem podem participar num processo de docilização ou de libertação, o que irá depender de seu compromisso com a manutenção ou transformação das condições de vida.

Esta capacidade "inerente" ao profissional deve ser compreendida em sua relatividade, isto é, ele aprende a ser agente de controle ou de libertação a partir de sua prática e reflexão cotidiana. Este aprendizado necessita ser facilitado, uma vez que, aprender a ser livre e a incentivar o processo de libertação, é um exercício penoso, constituindo-se uma trajetória "contra a correnteza", além de ser, muitas vezes, solitário.

Os autores que vêm refletindo sobre a atuação da enfermagem têm, muitas vezes, enfatizado o potencial negativo do processo educativo. Talvez eles queiram ressaltar a urgência de uma reflexão maior e da necessidade do redimensionamento da assistência. Porém, é necessário apontar as contradições inerentes à prática social, e os potenciais positivos do processo educativo em saúde, para motivar os profissionais a investirem

na busca e na criação de novos caminhos.

Muitas possibilidades são já indicadas a partir da prática assistencial analisada ou relatada, onde a aproximação com a clientela e o seu conhecimento são valorizados. Por outro lado, abordando as dificuldades da atuação profissional, a tendência entre os autores ainda tem sido a de encontrar justificativas tais como: a sobrecarga de funções e a precariedade da área física, etc., para isentar o enfermeiro da falta de criatividade e de comprometimento político em sua prática sobre as condições de vida da população.

A instituição, local maior da ação profissional, tem sido pouco analisada pelos diversos autores, embora alguns a percebam como porta de acesso aos bens e serviços públicos, aos quais a população tem direito. Podemos perceber, nesta última década, um movimento de resistência da população aos serviços públicos de saúde, quando esta, mobilizada principalmente por segmentos da Igreja Católica, procurou novas formas de cuidado para resolver suas necessidades de saúde. Sem querer entrar no mérito das formas alternativas de assistência encontradas, vale colocar em pauta a realidade que motivou tal mobilização, uma vez que a assistência à saúde tem sido referida como atribuição do Estado e direito do cidadão. Afinal, não se pode fugir do compromisso e da responsabilidade profissional, cuja condição de sujeito da prática assistencial lhe exige a competência política para participar dos debates e das decisões, juntamente com a população, a respeito dos rumos da assistência institucionalizada à saúde.

SAÚDE E EDUCAÇÃO: EM BUSCA DE UM PONTO DE ENCONTRO

Saúde e educação são conceitos com uma estreita ligação, pois são dois elementos essenciais à vida humana. Ambos são processos que possuem dimensões individual e coletiva, enquanto vivenciados de forma pessoal porém determinados em relações socialmente estabelecidas.

1. Da Saúde

Se por um lado o processo saúde-doença possui um fundamento material -que se reflete pelas condições objetivas da vida humana-, por outro, ele adquire significado nas relações sociais, através da mediação da consciência que evidencia os conflitos da vida social (Gonzaga, Kleba da Silva e Verdi, 1991, p.5).

A dimensão subjetiva do processo saúde-doença, faz com que sua concepção não possa ser limitada aos corpos dos indivíduos ou ao significado individual que o mesmo possa adquirir. Este conceito deve ser compreendido como "expressão de uma complexa

rede de significações concebidas pelo homem em suas ~~relações~~ com os outros homens e destes com a natureza" (ibidem). Assim, o processo saúde-doença não pode ser visto apenas como uma qualidade plena ou deficitária do ser humano, mas sim, como um reflexo da totalidade da vida dos indivíduos, ou seja, seu modo de inserir-se na dinâmica, na estrutura e no sistema social.

A saúde tem sua dimensão coletiva, enquanto condicionada pela estrutura social que determina as condições materiais do viver humano, e cria as concepções que conferem significado à tais condições; por sua vez, em sua dimensão individual, ela mostra-se como incorporação destas condições e concepções, sentidas e expressadas de modo diferenciado à nível pessoal.

O Estado, que em nosso Sistema Político representa as forças da elite econômica e burocrática, tem apresentado no decorrer da história algumas formas de assistência institucionalizada à saúde (ou à doença, melhor dizendo) de seus "cidadãos". Através desta assistência, a doença tem servido ao Estado como um motivo a mais de dominação dos indivíduos. Com o argumento de ser o responsável pela sua erradicação e controle, o Estado cria modelos de assistência à doença que tiram dos indivíduos o poder que estes têm sobre seu cuidado pessoal e sobre o controle político do Sistema de Saúde.

Na análise que Sposatti et al (1986, p.32) faz do assistencial, a ação compensatória que caracteriza a assistência atual, tem um uso político ao Estado que "se expressa na viabilidade de tutela e na demonstração da face humanitária do capitalismo", devendo garantir a "ilusão do atendimento", ainda que

o real sejam as "filas dos excluídos".

Para Illich (1981, p.72), o papel de doente atribuído ao indivíduo, identificado como "paciente", é o "de quem aos poucos se tira toda a responsabilidade sobre sua doença. Ele não é considerado... capaz de recobrar a saúde por si mesmo". Segundo o autor, "a dor, a doença e a morte transformam-se em estímulos à produção de mercadorias e de novos tabus que paralisam a experiência vivida" (ibidem, p.10). O modelo biomédico que predomina em nossa sociedade, gera a ilusão ao indivíduo de que ele tem à sua disposição um serviço assistencial com poderes de curá-lo de qualquer doença ou mesmo salvá-lo da morte, apesar do acesso à este serviço estar sempre dificultado. Desta forma, a instituição assume a "gestão da fragilidade, e, ao mesmo tempo que restringe, mutila e finalmente paralisa a possibilidade de reação autônoma do indivíduo em confronto com a precariedade da vida" (ibidem, p.124).

A presença do assistencial nas políticas sociais, segundo Sposatti et al (1986, p. 28), "conforma o usuário, possível gestor, em beneficiário assistido". Para estas autoras, a assistência, juntamente com a repressão, tem sido a forma histórica de tratamento das desigualdades sociais" (ibidem). Assim, o mecanismo assistencial acompanha um discurso e uma intenção de compensar carências, pois atende interesses de quem domina e de quem é subalternizado, através do "pacto de dominação". Este discurso busca validar as precárias condições da qualidade e quantidade dos serviços prestados à população, o que, por sua vez, constitui forma de garantir a "seleção natural" da clien-

tela.

Dentro desta realidade surgem tentativas de resistência, individual ou coletiva. Porém, o que mais se percebe destas tentativas em nosso meio, são propostas de ampliação da medicalização. Para sanar a deficiência da assistência atual, os indivíduos ou grupos reivindicam maior poder de consumo e maior extensão de cobertura desta mesma assistência, demonstrando uma aderência ao "modelo de saúde" vigente. A dependência à tutela do Estado mostra-se cada vez mais fortalecida, dificultando a busca autônoma por novas formas de enfrentamento às necessidades de saúde.

O Estado tem respondido às pressões sociais, com a criação de "um elenco de instituições e serviços a percorrer, caminhada esta frustrante, pois nela (os usuários) não são atendidos. Esta caminhada se transforma também em aprendizado da alienação como estratégia da sobrevivência" (Sposatti et al, 1986, p.70).

Os profissionais de saúde tem se mostrado, em sua maioria, agentes de controle da população, tornando os indivíduos "pacientes", docilizando-os, convencendo-os à respeitar normas e valores socialmente impostos e a entregarem seus corpos para serem "cuidados" caso adoecerem. Neste sentido, Foucault (1988, p.202) reflete que "a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder...". O poder médico sobre a vida das pessoas aumenta, e o poder delas mesmas sobre suas próprias vidas diminui.

Por outro lado, ainda que a assistência à saúde tenha representado um modo concreto de apaziguar conflitos sociais, mascarando a problemática gerada pelas contradições do sistema, ela não deixa de ser uma porta de entrada e acesso aos "direitos" da população (Costa, 1984 e Sposati et al, 1986). Para Sposati et al (1986, p.29), "é o mecanismo assistencial que configura a exclusão enquanto mantém o trabalhador na condição de assistido, beneficiário ou favorecido pelo Estado, e não usuário, consumidor e possível gestor de um serviço que tem direito. Mas, contraditoriamente, ao excluir, inclui, enquanto forma de atendimento das suas necessidades sociais na sociedade capitalista".

As instituições de saúde, onde se efetivam as políticas, programas e serviços de saúde, podem constituir-se um espaço de instrumentalização à resistência individual e coletiva, à medida em que os profissionais que nela atuam estejam engajados num projeto político (em sua dimensão filosófica), que busque a superação das atuais condições de vida e de assistência.

A instituição não pode ser considerada uma abstração, cuja força "sobre-humana" impõe valores e determina ações. Ela é produto social, constituída por indivíduos que constroem as relações de poder, fazendo e refazendo os condicionantes de sua configuração. Sendo assim nelas deveriam haver propostas comprometidas com um processo educativo para a cidadania, não para a dependência.

Se o foco é a questão da saúde, e saúde é a expressão da vida, da vivência dos homens, então a busca de sua melhoria de-

ve ser em direção à mudança ou superação das condições que, objetiva e subjetivamente determinam sua concretude.

Sendo ponto de encontro entre profissionais e população, a instituição de saúde pode ser um espaço educativo, ao favorecer o exercício da resistência coletiva. Os profissionais de saúde se comprometem com a libertação na medida em que buscam, juntamente com outros indivíduos, refletir a situação vigente e experimentar ações alternativas que possam servir de resposta às necessidades individualmente percebidas, e de estímulo à autonomia pessoal e coletiva. Finalmente, colocando-se numa perspectiva crítica e criativa dentro da instituição, numa luta permanente que coloque em crise sua forma autoritária de assistência, os profissionais poderão contribuir para quebrar a lógica da legitimação do poder de domínio e construir novas formas de relacionar-se e de desenvolver a assistência à saúde da população.

2. Da Educação

Como um processo contínuo, inserido na vida do ser humano, a educação resulta em aprendizagem para a vivência individual e a convivência com outros homens e com o meio ambiente. Neste processo, o indivíduo aprende formas de enfrentar os desafios que se impõem em sua busca de realização. Aprende a criar e a transformar elementos da natureza e do meio social que possam contribuir em sua satisfação ou na solução de problemas perce-

bidos por ele como de solução necessária.

A aprendizagem ocorre inserida no cotidiano do indivíduo, através de exercícios em que este percebe aspectos da realidade, reflete sobre estes aspectos, a partir de concepções já formuladas, e utiliza tais reflexões para reforçar seus conhecimentos ou reformular sua compreensão da realidade. A partir destes exercícios, o sujeito reforça ou reelabora suas formas de enfrentamento para manter ou transformar a realidade e sua relação com os homens ou com o meio no qual está inserido, pois a verdade, cujo conhecimento é uma conquista e não uma posse definitiva, leva ao terreno da ação (Borghini, 1990).

Com o objetivo de assegurar a manutenção dos valores e das condições estruturais da sociedade atual, o processo educativo implementado nas diferentes instituições assistenciais de saúde, tem servido basicamente para preparar os indivíduos para adaptarem-se à ordem socialmente imposta. Os conceitos conservadores (como verdades absolutas, porque "científicas") e seus métodos autoritários, têm conseguido reforçar o poder de tutela socialmente constituído. Neste sentido, como nos refere Gadotti (1986), a educação tem sido eminentemente reprodutora, quando, desconsiderando as desigualdades sociais existentes, busca apaziguar os conflitos, tentando readaptar os indivíduos "rebel-des".

Ao invés de estimular os potenciais criativos dos indivíduos, a educação institucionalizada tem servido para o controle social e a imposição de uma disciplina domesticadora. A educação formadora do homem racional, neutro, tecnológico, cria ne-

cessidades mercantis e exclui a consciência política (Gadotti, 1986), anulando, conseqüentemente, a participação e a autonomia da população, negando-lhe a condição de cidadania.

Porém, como nos refere Foucault (1988), o poder se mantém e se fortalece não apenas por sua capacidade de dizer não, de proibir, mas sim, porque ele produz coisas, produz saber, produz um discurso, induz ao prazer. Este poder, para ele, funciona e se exerce em rede, pois os indivíduos que circulam em suas malhas, podem tanto sofrer sua ação quanto exercê-lo, sendo então centros de transmissão pelos quais o poder passa após constituí-los. Dissociado assim do domínio pessoal, o poder assegura um domínio de classe, apesar de manter os efeitos de supremacia. Isto é garantido com a arregimentação de "sub-oficiais", na expressão de Foucault, que tenham as condições necessárias para manter tal controle, mas que, ao mesmo tempo, não extrapolem sua condição de subalternidade. Para Foucault (1988, p.158), o poder adquire desta forma um caráter de anônimo e automático e, "se é verdade que sua organização piramidal lhe dá um chefe, é o aparelho inteiro que produz poder".

O poder médico ganha espaço no sistema social à medida em que se apodera do saber e da produção deste saber. O direito que lhe é outorgado fundamenta-se em poderes: de competência, que se exerce sobre a ignorância; de bom senso, capaz de corrigir erros; e de normalidade, que se impõe à desordem e ao desvio (Foucault, 1988, p.127). Produzindo um conhecimento, a classe médica se apropria do poder da verdade, o qual é utilizado para impor aos indivíduos a disciplina e a docilidade. Fa-

ra o sistema econômico importa ter homens produtivos e dóceis. Assim, o poder que os controla, busca, através da assistência à saúde, gerir suas vidas em todas as fases desta, desde o nascimento até a morte, para que possa aumentar sua utilidade econômica e diminuir sua capacidade de resistência (ibidem).

Segundo Illich (1981, p.95), "o resultado global da superexpansão da empresa médica é frustrar os indivíduos e os grupos primários do poder de dominar seus corpos e seu meio". A dominação que a assistência atual exerce sobre os indivíduos acaba por torná-la um mal, pois retira destes a capacidade de gerir seu próprio caminho. Mais do que os profissionais que impõe seus serviços, a crença de que as pessoas não conseguem enfrentar a doença sem recorrer à medicina "moderna", causa sérios desgastes na saúde da população, empobrecendo o "meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos... diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e adaptação que as pessoas comuns possuem" (Illich, 1981, p.50).

Em nossa sociedade superindustrializada, onde impera a lei do consumo, as pessoas aprendem a obter coisas, ao invés de fazê-las. O que as pessoas querem, e exigem como seus "direitos", é "ser educadas, transportadas, cuidadas ou guiadas, ao contrário de aprenderem, deslocarem-se, curarem e encontrarem seu próprio caminho" (Illich, 1981, p.78). As pessoas perdem a autonomia, aceitando a condição de dependência. Acham "natural" que outras pessoas, investidas com a "competência" profissional, intervenham sobre suas vidas em nome da saúde. As pessoas perdem aos poucos a força e a vontade de serem auto-suficien-

tes, e acabam acreditando que a ação autônoma é impraticável. Para não assumir sua responsabilidade política e social, os indivíduos recorrem ao poder-saber da assistência médica que lhes biologiciza sua deserção da vida (ibidem).

Desta forma, os indivíduos aprendem a ser dóceis, entregando-se aos cuidados da assistência médica, acreditando em outros poderes para sua "salvação", e tornando-se dependentes deste "saber" que parece tão longe de seu alcance.

Entretanto, a resistência existe ao mesmo tempo em que o poder, pois ela faz parte deste movimento no qual o poder se constitui, sendo tão móvel, inventiva e produtiva quanto ele; "jamais somos aprisionados pelo poder, podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa" (Foucault, 1988, p.241).

Para Gadotti, Freire e Guimarães (1989), existe uma espécie de "conversão" pela qual o indivíduo supera sua condição de domesticidade. Esta "conversão" ocorre num processo de enfrentamento à situação de opressão, onde o indivíduo tenta intervir na realidade percebendo-a mutável e percebendo-se capaz de criar e transformar. A educação, segundo estes autores, constitui-se num instrumento que pode possibilitar ao indivíduo a compreensão de sua condição de ator e autor da história.

O potencial, inerente à educação, de instrumento na transformação das condições sociais pode ser compreendido numa perspectiva "revolucionária", na medida em que os sujeitos que a vivenciam pretendam a superação das concepções atuais de vida da humanidade. Nesta pretensão a educação é um elo na liberta-

ção dos homens de sua alienação, possibilitando-lhes a construção da autonomia coletiva, não como uma alavanca que transforma a realidade por si mesma, mas constituindo-se um instrumento da ação crítica e criativa (Freire, 1987).

Para Gadotti, Freire e Guimarães (1989), dentro desta perspectiva libertadora, o educador assume a dimensão política de seu papel, colocando-se como conhecedor de algo a ser desvelado, assumindo junto com o educando a apreensão do próprio método de conhecer. Estes autores analisam que o educador deve possibilitar a aprendizagem, através do desafio, da colaboração, da comunhão do método, partindo do que a população sabe e percebe do mundo, da história e de seu próprio papel na história.

Ressaltando a comunicação como elemento inerente ao processo educativo, Freire (1977, p. 68-9) analisa que "...a tarefa do educador não é a de quem se põe como sujeito cognoscente diante de um objeto cognoscível para, depois de conhecê-lo, falar dele discursivamente a seus educandos, cujo papel seria o de arquivadores de seus comunicados". Para o autor, a educação exige uma "co-participação no ato de compreender a significação do significado", pois ela "é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber" (ibidem).

Ao refletir sobre o papel do profissional, não se poderia deixar de pensá-lo como intelectual, cujo papel, segundo Foucault (1988, p.71), "não é o de se colocar 'um pouco na frente ou um pouco de lado' para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é.

ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da 'verdade', da 'consciência', do discurso". Para ele, o intelectual de hoje aproximou-se mais da população, pois, tendo trabalhado em situações específicas e concretas do cotidiano, encontrou muitas vezes os mesmos adversários que ela. Assim, o intelectual ganhou uma consciência mais concreta e imediata das lutas, em seu local de trabalho e de moradia, ocupando, ao mesmo tempo, uma posição estratégica de proximidade com o poder, uma vez que "serve" aos interesses do Capital e do Estado.

Desta forma, embora a prática dos profissionais de saúde tenha colaborado para a manutenção das condições atuais, com poucas formas de "insubordinação", existe um potencial na condição que estes profissionais assumem nos serviços assistenciais, de buscarem, juntamente com a população, novas formas de ação e resolução dos problemas individuais e coletivos. É necessário inventar e experimentar novas formas de interagir.

Se nosso desejo é "construir uma relação educativa séria e profunda, deve-se dar todo o espaço possível à liberdade do indivíduo, respeitando-o pelo que ele é, não pelo que desejássemos que ele fosse" (Papi, 1990, p.116). Em contrapartida, se temos um projeto de transformação, é natural termos uma vontade política de formação de um novo homem. Porém, mais do que uma relação profissional, a educação exige um compromisso amoroso. No dizer de Alves (1989, p.26), "a um discurso que não é uma expressão de amor, falta o poder mágico de acordar os que dormem, falta o poder mágico de criar". Este que-fazer transformador deve ser debatido e construído com os mesmos homens que

queremos "influenciar", tendo sempre em mente a necessidade de aprender junto este processo de libertação.

Para Alves (1989, p.27), "se acreditarmos que a sociedade tem o estatuto da coisa, se acreditarmos que o futuro não passa por dentro do que pensamos e do que dizemos, em resumo, se não arriscarmos tudo na confiança de que a palavra tem um poder criador, resta-nos então uma única opção: o silêncio".. Porém, as palavras só são eficazes quando partem daqueles que conseguem estabelecer uma relação significativa, daqueles para quem o outro importa, "porque (eles) serão companheiros numa mesma habitação, seja casa, seja vila, seja jornada..." (ibidem, p.29).

É preciso que todos assumam sua condição de aprendizes, buscando compreender as tramas de poder que dominam as relações existentes, das quais o serviço de saúde torna-se um ponto de irradiação. A instituição pode ser este espaço de educação, onde, através da resistência e organização, e do estímulo ao potencial criador, os indivíduos aprendam a construir sua autonomia.

3. Saúde e Educação

Saúde e educação sofrem determinantes históricos e condicionamentos sociais, sendo vivenciados de maneira particular por cada indivíduo. Como direitos fundamentais à vida humana, estes tornam-se responsabilidade do Estado, que institucionali-

za sua assistência. O Estado, em contrapartida, se utiliza dos processos de educação e saúde para viabilizar sua estratégia de dominação, criando a necessidade da assistência à saúde e do ensino, naturalizando a dependência dos indivíduos à estes serviços institucionalizados.

Entretanto, as deficiências da assistência e as desigualdades de acesso aos serviços públicos, propulsionam a reação às imposições do Estado, fazendo com que os indivíduos aprendam formas de enfrentar a dominação à que estão submetidos, desequilibrando-a. A instituição de saúde pode, então, constituir-se num local de aprendizado de cidadania, onde os indivíduos tenham acesso às informações necessárias para a instrumentalização de suas lutas. Os profissionais de saúde, assumindo o compromisso com a libertação, devem participar, juntamente com a população, deste aprendizado de cidadania, descobrindo deveres e direitos, criando e experimentando novas formas de atuação, e buscando a transformação das condições atuais de assistência e de vida.

E necessário que os indivíduos descubram-se com poder e com força para reagir. Poder de pensar, de querer, de conhecer, de resistir, de criticar, de lutar, de intervir, de criar e transformar. E necessário que os homens assumam sua condição de sujeitos na criação e construção de sua libertação. Saúde e educação tem seu ponto comum nessa possibilidade: aprender a SER...

EDUCAÇÃO EM SAÚDE : UM CASO EM ESTUDO

Tendo como principal objetivo conhecer como o processo educativo se insere na prática assistencial em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), considerei o estudo de caso como o método mais indicado, pois ele viabiliza identificar e interpretar os dados a partir da realidade, num crescente aprofundamento, extrapolando a simples comprovação de idéias pré concebidas e possibilitando o reconhecimento de elementos inesperados. Sem buscar propor "generalizações probabilísticas", procurei levantar, além das particularidades e diferenças, pontos comuns à realidade conhecida que pudessem contribuir na reflexão acerca da educação em saúde.

Para estudar o processo educativo inserido na assistência de enfermagem, considerei seus diferentes elementos, ou seja: a palavra falada e escrita; as mensagens implícitas e explicitadas; o espaço, tempo e objetos utilizados; os comportamentos, posturas, gestos e atitudes, que constituem a comunicação não verbal e que são portadores de significações. Estes elementos foram considerados dentro do contexto global da assistência, uma vez que, para mim, a educação em saúde não pode ser vista

apenas como um ato, mas sim, como um processo que permeia a prática assistencial cotidiana.

A população desta pesquisa consistiu do pessoal de enfermagem e dos usuários da UBS eleita, que participaram como fonte de informação na coleta de dados durante a pesquisa. Tendo iniciado a coleta de dados em setembro de 1990, época em que realizei um exercício de observação para uma das disciplinas do Mestrado, pude considerar a pesquisa finalizada em março de 1992, tendo permanecido na Unidade, para a observação, num total de 28 dias distribuídos em 10 dos meses de sua duração.

1. Considerações Éticas e de Rigor para a Validade da Pesquisa

1.1. Na Coleta dos Dados

* Busquei o consentimento da Instituição através de ofício devidamente encaminhado;

* O consentimento dos sujeitos pesquisados, tanto para sua inclusão, quanto para a utilização das técnicas e recursos propostos, foi obtido antes de iniciar a pesquisa, na forma verbal, em consulta pessoalmente realizada;

* Foram esclarecidos, aos participantes da pesquisa, sua condição de pesquisados, meu papel de investigador e os objetivos do trabalho proposto;

* Os dados colhidos foram validados, pelos próprios sujeitos, ao longo da pesquisa, com o intuito de ratificar a fide-

dignidade das informações;

* Foram anotadas, o mais imediatamente possível, as observações, reflexões pessoais e as ocorrências que pudessem ter significado para a pesquisa.

1.2. Na Apresentação dos Dados

* As idéias estão diferenciadas, segundo sua procedência: de autores consultados, dos sujeitos investigados ou minhas próprias;

* Procurei respeitar o sigilo da melhor forma possível, não explicitando a identidade dos sujeitos da investigação, bem como do local da pesquisa, os quais são referidos através de algum código, quando se tornou imprescindível sua citação.

2. O Local de Estudo

O município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, conta atualmente com 49 UBS, sendo que destas, 12 possuem em seu quadro funcional o profissional enfermeiro. O presente estudo foi realizado numa destas UBS, escolhida por conveniência, considerados: o fácil acesso ao local para a coleta de dados; a presença de profissional enfermeiro na equipe; e, o fato de já ter ali realizado outros trabalhos de observação, o que resultou numa aproximação e certa familiaridade com o ambiente.

Atualmente, como parte do Sistema Único de Saúde do Município, a UBS escolhida é um CS II (Centro de Saúde II), servindo então como Unidade de Referência para outras comunidades, além de atender à população do bairro em que está localizada.

3. Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados

Neste estudo de caso o instrumento de coleta de dados é o pesquisador, pois, as informações obtidas provêm da observação realizada. O pesquisador tem a função de traduzir os dados observados, à luz de sua percepção, usando sua sensibilidade como algo maior do que outros instrumentos.

Para colher alguns dados pessoais (limitados, porém, ao pessoal de enfermagem), elaborei um formulário, utilizado numa entrevista aberta com alguns dos sujeitos investigados.

A observação foi a técnica mais utilizada para obter os dados, a qual realizei sistematicamente, num total de 46 horas divididas em 28 dias, procurando alternar dias da semana e período (no início) ou horário de permanência na UBS.

Num primeiro momento procedi à uma observação mais aberta, procurando reconhecer a dinâmica própria da equipe em suas atividades diárias com a clientela. Ficava, para isto, na sala de espera, geralmente próxima ao local de recepção e encaminhamento, onde pude observar melhor a interação que os funcionários mantêm com a clientela e entre si.

Posteriormente, acompanhei alguns clientes (ao todo 120) em sua trajetória na UBS, desde a chegada, espera, assistência e despedida. Através desta trajetória conheci como se dá a relação dos clientes com a equipe de enfermagem durante sua permanência na UBS, identificando a inserção do processo educativo na prática assistencial ali desenvolvida. Procurei diversificar os clientes acompanhados quanto à utilização dos diferentes procedimentos ali desenvolvidos (vacina, curativo, consulta, etc.). Nesta etapa continuava a realizar observações mais gerais, aproveitando os momentos em que aguardava algum cliente a ser acompanhado, ou mesmo durante a trajetória deste na UBS.

Procurei interferir o mínimo possível na realidade observada, mantendo a posição de observador, e buscando conquistar a confiança dos investigados.

Fazia os registros o mais imediatamente possível, durante e após a observação, num caderno com registros de campo, compreendendo notas de campo, teóricas e de reflexão. Para registrar percepções, idéias, e reflexões que pudessem ter alguma ligação com a pesquisa, mantive à parte um caderno com notas pessoais.

De forma complementar à observação, realizei entrevistas (Anexo I) com funcionários e clientes que se dispuseram a conversar, buscando ampliar as informações, elucidando dúvidas e validando percepções. Para isto, aproveitei alguns momentos durante a observação, tentando sanar dúvidas imediatas, ou convidava-os para uma conversa mais prolongada, ali na UBS mesmo. Utilizei o gravador como recurso para o registro imediato das

entrevistas, as quais transcrevi o mais breve possível, levando-as para serem lidas e corrigidas pelos funcionários que demonstraram tal interesse.

4. Análise e Interpretação dos dados

Como método de análise para este estudo de caso, optei pela "análise de conteúdo", definida por Bardin (1977, p.42) como "um conjunto de técnicas de análise... visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção... destas mensagens". Para Bardin (1977), esta análise não se restringe somente à mensagens faladas ou escritas, mas busca revelar os significados nos sinais, expressões, atitudes, espaço, tempo e outros elementos que participam no processo de comunicação.

De acordo com a orientação do método, após coletar os dados, estes foram codificados, convertidos em Unidades Significantes (US), por recorte e agregação, o que possibilitou uma representação de seu conteúdo ou de sua expressão. As US foram constituídas de Unidades de Registro (UR) e de Unidades de Contexto (UC). As UR consideradas foram: as características dos personagens (funcionários e clientela); os registros; os acontecimentos, como uma unidade de ação; e, finalmente, os temas que emergiam da comunicação verbal, que pudessem ter algum sig-

nificado para o objetivo inicialmente proposto. Como UC, foram considerados elementos do contexto no qual as interações ocorreriam, como por exemplo, a temperatura local, o calor, a disposição dos bancos, etc.

Uma vez codificadas, as unidades encontradas foram agrupadas, divididas e organizadas. Utilizei, então, a categorização como técnica para a busca dos elementos que pudessem constituir os diferentes conjuntos, agrupados conforme seu gênero (por analogia). Estas categorias, ou classes, nomeadas com algum título genérico, expressaram o significado dos elementos já organizados, como por exemplo: a espera silenciosa, o saber-fazer utilizado...

O tratamento quantitativo também foi utilizado para a análise do conteúdo, mais como uma forma de visualizar o aparecimento repetido ou ausente de uma determinada categoria no contexto geral da pesquisa.

Finalmente, para a interpretação dos dados categorizados, busquei as relações e as inferências, atribuindo-lhes significações e validade, de acordo com meu referencial teórico, buscando confrontar com o material originalmente obtido. Segundo Bardin (1977), a inferência consiste na interpretação controlada dos dados investigados, que permite a ligação ou a passagem da descrição destes dados com a significação concedida à estas características. A inferência busca a aproximação da certeza, mesmo havendo insuficiência de dados, pois se baseia em marcos ou pressupostos anteriormente validados.

O CORPUS DA OBSERVAÇÃO

1. O Cenário onde o Corpus se Insere

A UBS que elegi para a pesquisa é uma das Unidades de Referência (CS II) da Secretaria de Saúde do Município, por possuir algumas das características adequadas à este fim, tais como: estar localizada em um bairro de alta densidade demográfica e, fácil acesso à população de comunidades vizinhas (é mais centralizada, há diversas linhas de Ônibus que têm parada em frente ou próximo). Esta Unidade situa-se em uma das principais ruas do bairro onde está localizada, ao lado de uma e próximo à outras duas Escolas Estaduais. Também próximos à ela estão tres ou quatro Igrejas e o Conselho Comunitário do bairro.

Segundo um funcionário antigo da Unidade, ela nasceu de um movimento da comunidade, encabeçado por um vereador da época, em 1978. Desde então, a UBS tem se adaptado às diferentes políticas determinadas à nível central, sem ter sofrido em sua estrutura as mudanças muitas vezes necessárias à estas adaptações. Apenas uma pequena reforma há dois anos atrás, fez com que a Unidade tivesse um de seus banheiros conjugados transfer-

mado em sala de vacina e nebulizações, aumentando em mais uma sala para consultas na Unidade.

Para chegar à UBS, é necessário subir uma ladeira, independentemente do local que se provém. Aos clientes menos favorecidos (neste caso a maioria), que não tem acesso à qualquer meio de transporte, isto significa enfrentar uma trajetória penosa, principalmente num dia ensolarado. As ruas, cuja pavimentação deixa muito a desejar, são um desafio às mães que teimam em trazer seus bebês em carrinhos:

"...nessa rua vem batendo que nem se fosse num liquidificador" (comentário de um funcionário, após avisar a mãe que a criança vomitara)

Uma vez entrando na UBS, nominada por uma placa: CENTRO DE SAUDE II - SUS, tive uma impressão agradável. Uma sensação de limpeza e ordem mistura-se com algumas plantas e os inúmeros cartazes, avisos, gravuras e até um verde quadro "negro" na parede.

"...assim elas (pessoas da comunidade) se sentem em casa. ... Elas gostam, sentem-se admiradas e felizes..." (funcionário revelando sua intenção quanto à colocação de quadros na unidade);

"...o posto aqui é bem cuidado, ao menos me parece assim, sempre limpinho, com plantas..." (cliente comentando sua sensação sobre o posto)

Nas paredes da sala de espera, cartazes dos programas oficiais (prevenção do câncer, AIDS, desidratação, cólera, etc.) misturam-se aos avisos de horário para marcar consulta, alertas contra o fumo, poesias, mensagens e gravuras de paisagens. Uma gravura do Cristo contrasta com os outros quadros por seu colorido e chama a atenção de quem entra. Na porta da sala de consulta à mulher um aviso escrito à mão: "Silêncio!, lugar de conversa é lá fora". Muitos destes cartazes estão rasgados ou desbotados, o que poderia supor um descaso com a informação escrita ou a inexistência de objetivos que motivassem um controle sobre a qualidade de tais informações, tanto em seu conteúdo, quanto em sua apresentação estética. Dispersos em meio aos quadros de gravuras e poemas, os cartazes informativos revelam em seu conjunto a ausência de uma vontade de esclarecer, alertar ou orientar.

Na porta de entrada, para avisar as folgas de fim de ano, as férias de algum profissional (se este for médico ou dentista), ou algum aviso sobre a rotina (marcação de consulta, etc.), avisos escritos à mão, em papel comum, logo desbotados pelo tempo. Estes avisos não evitam o constante afluxo de indivíduos que solicitam os serviços destes profissionais, sem sequer terem observado tais comunicados:

A Dra SS não atenderá a partir do dia 13/12/91 ao dia 16/01/92;

Nos dias 23 24; 30 e 31 de dezembro não haverá atendimento no P.S. (Posto de Saúde);

O Dr. BB voltará a atender após o dia 19 de fevereiro (férias).

Tais avisos são afixados geralmente alguns dias antes de suceder o fato, transmitindo a impressão da falta de um planejamento a longo prazo, com conseqüente insegurança quanto às rotinas da assistência ali prestada. Esta improvisação também é observada em relação à outras normas, como por exemplo um aviso escrito com giz no quadro "negro" da sala de espera que instituíra para as 10 hs, todas as quartas feiras, o início da coleta para o preventivo, mas que, de uma semana para outra, havia sido apagado e revogado.

Por outro lado, mais à nível de divulgação institucional, os cartazes dos programas oficiais trazem mensagens persuasivas, com figuras ou personagens simpáticos, como aquele sobre vacinação: "Não pode vacilar. Tem que vacinar", com um apresentador de programa infantil de TV. Pode-se ver, em toda a UBS, cartazes seguindo esta linha, como um na sala de clínica médica com o dizer: "Confie ao médico a saúde de seu filho", cuja gravura mostra uma cena onde o médico consulta uma criança sentada em uma maca, tendo ao lado a mãe desta, todos "felizes", representando a entrega dócil e confiante da saúde (e da vida) ao "doutor", símbolo do saber-poder.

Um largo corredor em L dá acesso à todas as dependências da UBS (Anexo II), e, dispondo de vários assentos em bancos, acomoda a clientela em seus momentos de espera. Este corredor possui pouca ventilação, pois há apenas duas janelinhas altas ao fundo, no "canto do dentista" (assim por mim nominado, por

serem seus bancos de concreto reservados aos clientes da odontologia). As luzes do corredor permanecem geralmente ligadas, suprimindo a deficiência de luz natural, o que torna, muitas vezes, a permanência prolongada neste local desconfortável, pelo ambiente quente e abafado. Outro detalhe complicador é a ausência de bebedouro acessível à quem dele necessitar. Quem tiver sede, vai depender da disponibilidade e boa vontade de algum funcionário em alcançar-lhe ou orientar-lhe que se sirva da água de um filtro guardado na sala de procedimentos de enfermagem.

A sala de recepção e triagem (nominada secretaria), possui uma meia parede de vidro, que separa os clientes de quem os estiver ali atendendo. Ela está estrategicamente localizada no ângulo formado pelo corredor em L. Esta sala está ligada por uma porta interna com a sala de "reuniões", que serve para descanso dos funcionários e reuniões de trabalho. Neste espaço de "refúgio" (pois, de certa forma, é a sala mais isolada), estão também guardados os medicamentos da UBS ("farmácia") e o material burocrático, além de estar ali instalado o telefone.

Nestas duas salas, a enfermagem tem uma espécie de "redu-to", permanecendo ali durante grande parte de sua jornada de trabalho, telefonando, registrando, organizando material, conversando ou descansando (no pouco tempo que lhe resta). Parece, vista do fundo do corredor, que ela tem ali uma espécie de "redoma", uma proteção de sua especificidade, um espaço de domínio próprio... É comum chegar-se à unidade e encontrar a "secretaria" vazia, tendo que esperar ou procurar alguém que possa

atender.

As outras dependências da unidade são:

. 4 consultórios, dos quais: um odontológico, dois médicos (estes três com banheiro), e um outro que tem servido como consultório médico, de nutrição e de enfermagem, dependendo da existência do profissional contratado;

. 1 sala de procedimentos de enfermagem (curativo, sinais vitais, injeções, etc.);

. 1 sala de vacina e nebulizações (adaptada de um antigo banheiro, parece apertada);

. 1 cozinha (minúscula);

. 1 banheiro conjugado para os clientes, onde são guardados os materiais de limpeza.

Como Unidade de Referência de um dos setores da Secretaria de Saúde, a UBS em foco oferece atualmente à comunidade os seguintes serviços: consulta médica em clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia; atendimento odontológico; planejamento familiar, exame preventivo do câncer ginecológico, consulta com nutricionista, atendimento de enfermagem, vacinação, outros (segundo folheto-propaganda distribuído pela prefeitura municipal no 1º semestre de 91 -Anexo III).

No decorrer da pesquisa, algumas mudanças se impuseram no atendimento prestado, em decorrência da implantação do SUS no município e de algumas conquistas dos funcionários. Assim, além de constituir-se como Unidade de Referência, o horário de funcionamento da UBS foi ampliado de oito para doze horas, beneficiando principalmente os funcionários que passaram a trabalhar

seis, ao invés de oito horas diárias. Um telefone foi instalado, com o objetivo de possibilitar o encaminhamento médico do cliente, diretamente ao serviço adequado, o que passou a tomar parte do tempo gasto em atividades indiretas da enfermagem, uma vez que esta teve incluída a função de providenciar tais encaminhamentos.

Neste quadro geral não percebi algum elemento mais concreto que pudesse ocupar o tempo disponível da clientela na sala de espera. A educação, como uma ação mais objetiva e formalizada, não é fomentada de forma alguma neste tempo "desperdiçado" e deixado passar em branco, a não ser pelas chamadas, pelos curtos diálogos ou pelas ordens ditadas no tempo de espera: "Silêncio pessoal!".

2. A "Paciente" Clientela

O bairro no qual se insere a referida UBS, possui uma população heterogênea, ou seja, com diferentes características culturais e condições econômicas. Há muitas famílias ali residentes oriundas do interior do Estado e de municípios vizinhos, percebendo-se a presença de indivíduos de origem "cabocla", ou procedentes de família italiana e germânica, entre os açorianos nativos da região. Em sua periferia o bairro revela algumas favelas, cujos moradores, em grande número, se utilizam dos Serviços de Saúde, Escolas e do comércio ali estabelecidos.

A clientela que acorre à UBS é bastante representativa da população daquele bairro. Pessoas bem vestidas, vindas de carro ou de ônibus, algumas de táxi, aparentemente bem nutridas; trabalhadores e donas de casa, com trajes simples como quem vem "com a roupa que estava em casa"; homens e mulheres; adolescentes, idosos e crianças; mal vestidos, magros ou com a aparência descuidada. Uns vem de pijama; outros de short, sem camisa; às vezes aparece até quem esteja maquiada, com sapatos finos, ou de mini saia, com tatuagens no corpo... Os indivíduos vêm sozinhos ou acompanhados: casais, mães ou pais com seus filhos, amigos, irmãos, vizinhos; a comunidade procura os serviços que a UBS oferece (ou ao menos assim anuncia).

Em sua maioria, os indivíduos vêm ali solicitar atendimento médico-odontológico, "para experimentar como é o atendimento aqui", ou porque foi bem atendida e "resolveu". Muitos são clientes de longa data, já estão "acostumados", vêm sempre pois:

"...aqui o atendimento é muito bom";

"...todos eles atendem muito bem, são carinhosos...
tem uma paciência com a gente!".

Grande parte da clientela já tem uma rotina "adaptada" às normas da UBS. Tendo que chegar muito cedo (às vezes em torno das 5 hs da manhã), e recebendo sua ficha para a consulta por volta das 7:00 hs, os clientes mais antigos vão para casa tomar um cafezinho no intervalo entre sua inscrição e a hora da con-

sulta (das 8 às 10). Por esta razão, muitas vezes, a UBS por volta das 7:45 encontra-se vazia, com um ou dois clientes sentados aguardando...

Poucos clientes vem à UBS pedir alguma orientação. Além dos que solicitam assistência médica-odontológica, da Unidade ou via encaminhamento, há um fluxo considerável de indivíduos que requisitam um curativo, uma vacina ou outra atividade de enfermagem:

"Têm pessoas que vêm aqui ver o peso!!! São essas coisas..." (funcionário comenta admirado)

Os indivíduos que procuram a UBS, vem por iniciativa própria, ou porque algum vizinho, familiar ou amigo sugeriu, ou ainda, encaminhado por outro profissional de saúde de alguma instituição. Os clientes referem-se à assistência prestada como um recurso a mais em seu enfrentamento cotidiano:

"Faço tudo o que me ensinam... já dei ovo de pata... sulfato ferroso e suco de beterraba...";

"eles (profissionais) se empenharam, ...mas é preciso ter boa vontade e consciência" (cliente referindo-se ao sucesso de um tratamento imposto ao seu marido)

ou como um direito individual de acesso aos recursos públicos, independentemente das condições de atendimento do profissional:

"...se recebem pouco, nós não temos culpa. Do nosso (salário) descontam aquele tanto cada mes, sem perguntar. Então nós temos direito de ser atendidas..."

Em seus momentos de espera os clientes conversam sobre seus filhos, seus problemas e formas de enfrentá-los, seus medos, sobre o que gostam e não gostam e de como são atendidos nos serviços de saúde. Basta ficar uns minutos entre eles, de ouvidos e mente aberta, que é fácil apreender um pouco sobre suas vidas, seus desejos, seus desafios e sua capacidade de intervir...

3. A Enfermagem: Uma "Familia Unida" (?)

A equipe de enfermagem, como um reflexo da política de saúde, sofreu mudanças expressivas durante o tempo em que a pesquisa estava sendo realizada. No momento em que a conheci, esta estava constituída por uma enfermeira, uma atendente e um auxiliar administrativo, além da servente. Trabalhavam oito horas diárias, dividindo entre si as atividades de enfermagem. Com o tempo, porém, o grupo aumentou com a contratação de mais dois técnicos de enfermagem, e mais um outro que para ali veio transferido de outra UBS do município. Somando-se à isto, com a ampliação do horário de funcionamento da UBS, foi contratada uma equipe para o período vespertino, em sistema de convênio por prazo limitado. Outro fato que veio influenciar a dinâmica das ações de enfermagem, foi a aposentadoria de um dos funcio-

nários mais antigos, cuja ausência foi lamentada por muitos clientes, e, só mais tarde "substituída" por um agente administrativo, em sistema de convênio, que permaneceu por pouco tempo na Unidade.

Assim, considereei cinco dos membros da equipe de enfermagem como foco da observação na Unidade, pois, além das constantes mudanças ocorridas, um dos membros da equipe não concordou em participar na investigação, e um outro esteve de licença-maternidade no período em que a maior parte dos dados foi coletada. Destes cinco, dois eram mais antigos na UBS, tendo trabalhado já nesta Unidade há mais de oito anos. Outros dois haviam sido contratados há menos de um ano. Quase todos vieram de experiências anteriores em hospital ou farmácia, fora da prefeitura. Assim, suas vivências de trabalho foram sedimentadas em estreita relação com a doença, onde, principalmente dentro do hospital, impera o atendimento emergencial, sintomático e individualizado. Um dos funcionários ainda trabalha em hospital, realizando plantões noturnos, com o que divide suas energias e atenção, acumulando-se de encargos:

"...a gente sabe que todo mundo precisa, né? Então a gente faz um jogo de cintura e não há abuso da parte dele..." (comentário de um funcionário sobre a situação do outro)

Certamente a dupla jornada de trabalho interfere no desempenho do indivíduo que, por necessidades econômicas, impõe-se uma sobrecarga física e mental. Mas o apoio existente entre os

funcionários encobre possíveis faltas e falhas:

"A gente faz um trabalho unido... todos se ajudam."

Esta aparente "união" é ressaltada, quando alguns funcionários comentam sobre a não necessidade de uma "autoridade" que viesse a dirigir as ações do grupo:

"...aqui todos agem como coordenador...";

"Cada um sabe o que tem que fazer... não há necessidade de alguém mandar"

Algumas evidências demonstram que os funcionários "sentem-se em casa", apesar de agirem de modo diferenciado à nível individual. Trazem seus filhos na UBS, quando vêm visitar os colegas ou fazer algo fora do horário de trabalho; saem cedo para resolverem problemas pessoais; usam o telefone para conversas particulares... Talvez tal tratamento informal com a instituição seja uma forma de sanar o descaso com que muitas vezes são tratados por esta (baixos salários, acomodações desconfortáveis para o rendimento do trabalho, etc), ou mesmo um reflexo ou a reprodução das relações estabelecidas com o nível central (que lhes manda a folha de pagamento via vizinha de um funcionário aposentado, por exemplo).

Por outro lado, a responsabilidade que estes funcionários assumem em relação ao funcionamento do posto, pode fazê-los sentirem-se no direito de usufruir alguns privilégios. Este sentimento de responsabilidade se manifesta, por exemplo, quan-

do um funcionário vem abrir a Unidade, mesmo que esteja de férias; ou quando outro chega até 15 minutos antes do horário, às vezes, abrindo a Unidade e inscrevendo os clientes mais cedo e aliviando-os em sua espera.

Desta forma criam-se os espaços e as situações dentro da Unidade, onde as decisões de cada trabalhador de enfermagem tem um respaldo coletivo que busca assegurar e ampliar seu domínio e resguardar as suas posições perante a clientela e a estrutura institucional.

Dentre os funcionários de enfermagem da UBS, apenas um deles mora na comunidade, o que, de certa forma dificulta o envolvimento dos demais com a mesma. O funcionário que mora na comunidade, manifesta-se sobre ela com familiariedade, referindo sua participação na Igreja local e suas frequentes visitas aos moradores (realizadas independentemente do trabalho), como algo que lhe dá prazer e que lhe proporciona um conhecimento profundo sobre ela.

Os procedimentos de enfermagem, mais especificamente, que são desenvolvidos na UBS, podem ser apontados como: imunizações, nebulizações, verificação de sinais vitais, injeções, curativos, retirada de pontos, e, mais diretamente ligado ao enfermeiro, consulta de enfermagem (pré-natal) e coleta de material para o exame preventivo do câncer. Além destas, a enfermagem assume toda a assistência prestada ao cliente que vem consultar, antes e após a consulta, quando o recebe, providencia seu prontuário, verifica seus sinais vitais, pesa, providencia medicamentos prescritos e encaminhamentos.

Na Unidade pude ver como os funcionários dividem suas tarefas de acordo com as necessidades do momento. Precisa ver uma pressão? Um providencia... Veio fazer vacina? O outro é chamado... Curativo? "Um momento que o fulano já vai lhe atender.". Cada um realiza um pouco de cada coisa, entre técnicas e serviço burocrático, entre recepção, encaminhamento ou orientação. Apenas as consultas de enfermagem e a coleta para o precoce do câncer são atividades exclusivas do enfermeiro. Há porém, uma certa escolha à revelia, quando a enfermagem decide fazer, delegar, encaminhar, ou negar... ou então, quando ela resolve se acomodar, se ausentar ou se organizar...

Os funcionários se colocam de maneira diferenciada em suas relações com a clientela. Uns ficam muito tempo na sala de reuniões -junto ao telefone ou envolvido com serviço burocrático-; outros, atrás do balcão de recepção -"protegidos" pelo vidro-; ou, ainda outros, movimentam-se pelos corredores, mostram-se solícitos, conversam, brincam ou ditam ordens aos clientes.

O modo de se vestir também acompanha o caráter "à revelia" dentro da UBS. Enquanto um veste-se à "rigor" -branco-, o outro não se diferencia da clientela, usando um jaleco aberto ou nada que lhe identifique como um profissional.

A história de cada um tem como ponto comum seu encontro na UBS enquanto enfermagem que atende a demanda espontânea que ali aflui. Suas trajetórias individuais me fizeram perceber outras razões para compreender as diversas atitudes que cada um tomava na Unidade. Um dos funcionários viu no trabalho com saúde a possibilidade de seguir os passos de seu padrinho que tanto o

incentivara. Para ele, o trabalho na Unidade é visto como um prazer:

"Faço tudo por isso aqui... me sinto muito bem, me sinto em casa..."

Outro, formado em contabilidade e com experiência no comércio, entrou na enfermagem:

"...(como) quem pega um trem sem saber muito pra onde vai... quando vi, não podia mais largar..."

Outro ainda, tem no emprego atual uma alternativa menos penosa para conciliar com seus problemas de saúde:

"Aqui eu ainda posso fazer o que eu quero, é uma coisa mais flexível, aí eu monto meu plano... Até hoje é minha paixão que eu não posso trabalhar em hospital" (comentando sobre suas limitações físicas)

Embora alguns relatem estar pensando em arrumar sua vida fora da enfermagem, ou em buscar um apoio psicológico que possa sustentar suas angústias, a conduta tem sido adiar tais decisões, pois, de certa forma o trabalho que ali executam tem dado para conciliar com seus problemas, acomodando-os neste espaço de um fazer "coletivo", individualizado...

4. O Movimento na Unidade de Saúde

4.1. Solicitações Reticentes

Há sempre um motivo por trás de uma procura... A busca por assistência na UBS traz consigo uma expectativa experienciada e manifestada de forma individual, a qual reflete tanto a necessidade imediata percebida pelo cliente, quanto sua história de vida que lhe estabeleceu uma forma diferenciada de perceber tal necessidade (como mais ou menos urgente) e lhe possibilitou atitudes próprias de enfrentamento (convicção de um direito, medo de mais uma frustração, dependência da assistência profissional, etc)...

O indivíduo que entra em uma UBS, procura primeiramente uma informação, que pode ser um desdobramento de algum conhecimento já assimilado ou mesmo uma informação inicial. Pode escutar tais dúvidas assim expressadas:

"Tem vaga pra dentista?";

"Tem consulta hoje?";

"Aqui tem esta vacina?";

"Vocês fazem encaminhamento aqui?";

"O Dr XX está atendendo hoje?";

"Vocês têm isto daqui (medicamento prescrito), não?"

Ou então, se o indivíduo for cliente mais antigo, ou tendo sido talvez encaminhado de outro serviço, pede diretamente o cuidado almejado ou a atenção devida:

"Estou querendo fazer uma antitetânica" (encaminhado por médico);

"Queria fazer o preventivo, pois já estou atrasada",

"Queria fazer nebulização...";

"Vim vacinar...";

"...marcar com ginecologista..."

O pedido inicial já traz consigo uma gama de informações sobre o cliente, tais como: sua necessidade imediata, seu desejo de receber determinada assistência, ou mesmo seu conhecimento (de que no posto tem vacinas, de que é necessário vacinar, ou mesmo de que está desinformado da rotina da UBS.)

Muitas vezes os clientes pedem em voz baixa, com "cuidado", como quem está pedindo um favor ou uma atenção especial. Insegurança? Delicadeza? "Educação"?

O que faz com que o indivíduo peça de formas diferentes coisas semelhantes, às quais teria direito? Quais as experiências passadas que lhe fizeram agir como age no presente? Como foram seus encontros com outros indivíduos, que representavam um determinado poder, com os quais teve de barganhar, mendigar ou renunciar? Quantas vezes foram seus pedidos atendidos, suas ansiedades sanadas ou suas esperas frustradas?

Há de se considerar que cada qual tem sua trajetória de vida trilhada em caminhos diversos. Cada indivíduo carrega em si, quando chega na Unidade, experiências de vida diferenciadas, que o influenciaram em sua maneira pessoal de encarar e enfrentar as situações. No momento em que estabelece um encontro com o profissional que ali o recebe, o cliente pode utilizar-se de diferentes estratégias para conseguir o que veio buscar, o que depende igualmente da postura e da maneira com que este profissional o recebe.

Na tentativa de ver atendida uma necessidade de saúde, o cliente da UBS pede simplesmente, ou tenta estabelecer um diálogo apelando para a sensibilidade do funcionário:

"Será que dá pra pedir?";

"Meu Deus, como eu faço?";

"Ah!, não sei o que fazer. Fui no INPS, está em greve!"

Outras vezes, apela para um poder "emanado" de alguma autoridade:

"Mas o médico mandou...";

"...eles (INPS) falaram que eu tenho que vir no 'Posto de Saude' do bairro onde moro"

Ou ainda, exige, como possuidora de um direito:

"Tu vai marcá isso aí pro INFS, né? Marca com o XX"
(cliente pedindo ao funcionário que está lhe providenciando um encaminhamento);

"...mas é obrigada a atender, pois vim com encaminhamento"

Mas o diálogo, iniciado pela clientela, nem sempre é correspondido, e encontra um vazio no interesse da enfermagem, cuja alegação de sobrecarga de atividades não lhe deixa usar o tempo para escutar, para ouvir o outro em seu sentimento, em sua aflição, em sua necessidade.

Por outro lado, a insegurança gerada pela inflexibilidade da rotina da UBS e de decorrentes posturas dos funcionários, faz com que a clientela chegue docilmente, numa aproximação cuidadosa (para não ficar malvista), solicitando mansamente a assistência da qual necessita. Até parece que esta clientela pensa: como será a reação de quem me ouve, de quem me escuta, e que tanto poderia facilitar minha situação?

A clientela necessita, assim, realizar esforços sem medida, uma vez que, antes de ali chegar, já deve vir planejando como aproximar-se do funcionário: Que palavras utilizar? Que tom de voz empregar? Que postura melhor a adotar? O que ocorre é uma sobrecarga ao cliente que, além dos problemas de saúde, assume ainda a insegurança no pedir e a ansiedade da "negociação".

A prática da mendicância estimulada pelo profissional que muitas vezes dá um "jeitinho" dependendo da maneira de abordar o cliente, faz com que a clientela aprenda a resistir às nor-

mas instituídas. E sempre bom dar uma choradinha (quem sabe desta vez eu consigo?), ou utilizar outros artifícios para conquistar o que lhe é devido (um direito), mesmo que seja na forma do que lhe seja dado (um favor):

"Não dá pra encaixar mais um?" (cliente pede baixinho ao saber que não há mais vaga para dentista);

"Vocês têm médico para consultar aqui? ...E que eu queria uma receita porque meu medicamento acabou e eu não posso ficar sem esse medicamento. Será que se eu esperar até o final (da consulta médica)..." (cliente, ao saber que não há mais vaga para médico)

O sistema de saúde, na verdade o próprio sistema de vida criado em nossa sociedade, medicaliza até o pensamento e cria formas de dependência e sujeição difíceis de superar, muito mais se a busca é individualizada e esporádica. Em nosso meio, o mais corrente é que o indivíduo nasça, cresça e viva conduzido à acomodar-se num sistema onde deve aprender a consumir serviços de toda a ordem, entregando-se às "competentes decisões" de quem seja "possuidor" do fragmento de saber do qual necessita a cada momento. A possibilidade de tornar-se companheiro deste-poder saber, para não necessitar mais somente usufruir do poder-fazer do outro, tornou-se uma árdua caminhada e um desafio para quem desejar ser mais autônomo e menos inferior.

A escola da dependência sedimentada no viver cotidiano de cada indivíduo faz com que, cada vez mais, as pessoas queiram, necessitem e exijam o cuidar do outro, não usufruindo seu pró-

prio potencial de saber-fazer ou de aprender...

Por isto, frequentemente o que se pode escutar na sala de espera da UBS é:

"Não sei o que fazer..."; "Não sei como fazer..."

na espera de uma aproximação afetiva, um esforço de compreensão, uma disposição de ajuda: um toque, um cuidado...

4.2. A Espera Docilizada

A clientela que busca assistência médica ou odontológica na UBS, tem pela frente uma trajetória de espera: a fila que é iniciada de madrugada, em frente ao posto; a vez de receber a vaga na recepção (ficha numerada ou agendamento) para ser atendida; a chegada do profissional para a consulta, recebido com um suspiro de alívio:

"Chegou!!!" (demonstrando um poder maior: sem ele nada é feito!!);

e, finalmente, a vez propriamente dita para ser chamado e entrar na sala de consulta...

Na UBS vários assentos em bancos acomodam a espera daqueles que, não por coincidência, são chamados de "pacientes". Assim é comum chegar na unidade e deparar-se com os bancos cheios de "pacientes" que aguardam em prontidão a sua vez.

Homens e mulheres, adultos e crianças, em pé ou sentados aguardam resignadamente a assistência. Vez por outra, uma conversa baixa quebra o silêncio...

A medida em que a espera se prolonga, no entanto, percebe-se nascer um sentimento de identidade entre os que ali estão, irmanados por uma mesma "causa", fazendo-os parecerem mais a vontade. Conversas brotam entre os "vizinhos" de banco, as crianças correm nos corredores, alguns levantam-se para fumar lá fora... Mas a ordem de "silêncio, pessoal!" os faz calar novamente. Rostos sombrios, expressão de cansaço, uns abanam-se no calor, ansiedades manifestadas por uma ou outra fala:

"Será que o médico vem hoje?";

"Será que vai demorar na consulta?".

Nem todos, porém, sabem ou conseguem esperar tão obedientemente. Inúmeras estratégias são criadas para superar um pouco a insatisfação gerada pela rotina da UBS. Muitos vão até em casa tomar um café ou adiantar o serviço, enquanto aquele que realizará a consulta não vem; ou procuram um lugar melhor, dentro da própria Unidade, mais arejado, para esperar; outros aguardam de pé, junto ou próximo à porta da sala de consulta... Outros ainda reclamam:

"Espero que não demore muito, pois estou com pressa."

Quando o atendimento solicitado é procedimento de enfermagem (uma vacina, uma injeção, ou outro), a espera é bem diferente. A clientela não precisa chegar num horário rígido, nem disputar a vez (a não ser quando necessita de curativo, pois tem pouco material disponível na Unidade). Neste caso, há um outro tipo de relacionamento, com maior proximidade nas relações interpessoais, variando com a postura de quem atende. Os clientes partem a procura do funcionário para serem atendidos: andam pelo posto; chamam-no verbalmente; tamborilham no balcão de recepção quando não vêem ninguém; batem palmas; vão ao encontro onde ele estiver desenvolvendo alguma atividade (injeção, curativo, etc), fazendo-se ver e perguntando:

"O TT está fazendo curativo?";

"Não tem ninguém aí?"

"Poderias dar uma olhadinha na minha pressão, no meu coração?";

"Posso dar água pra ele?".

A dependência da clientela, entretanto, demonstra sua insegurança e a distância existente entre profissional e comunidade. Ao invés de solicitar uma ação ou uma orientação mais aprofundada, ela espera muitas vezes que a iniciativa surja do funcionário, reforçando assim o domínio deste:

"Será que ela vai me pesar?" (sra que aguarda consulta médica, falando com outra cliente);

"...12 por 8 é normal?" (mulheres comentando os valores de suas pressões arteriais anotados num bilheteinho)

A espera da iniciativa do outro (neste caso este outro é a enfermagem), certamente tem sido reforçada na UBS, uma vez que os materiais do atendimento estão colocados de modo a serem manobrados somente pelos funcionários, tornando maior a dependência de quem deles necessita. Instrumentos simples, como a balança ou o filtro de água, estão fora do acesso direto à clientela que necessita estar pedindo... Estes pequenos momentos não são pensados como uma possibilidade educativa onde o indivíduo pudesse ter reforçada sua condição de SER AUTONOMO.

Mas, após tanta espera, há quem diga:

"Valeu a pena, pois o atendimento daqui é muito bom..
. e ele (médico) até já me deu um atestado (de saúde com licença de trabalho) de 2 dias..."

4.3. O Agir Espontâneo

Não se pode negar que a motivação no fazer cotidiano em uma UBS depende das condições "macro" como os incentivos profissionais (plano de carreira, remuneração ou capacitação) ou os programas estabelecidos à nível de Sistema de Saúde que ali devem ser cumpridos. No entanto, além disto, são as condições micro que dão forma e vida à assistência desenvolvida. Assim, a visão crítica, a boa vontade, o bom humor, a paciência, entre

tantos outros "atributos" são elementos que vão desencadear ações e reações determinadas, ao mesmo tempo em que consolidam um certo "clima" específico dentro da UBS.

Neste nível "micro" concorrem para um "bem estar" ou "sentir-se bem" as condições físicas da unidade: ventilação, iluminação, conforto, aparência estética, etc. Mas é, fundamentalmente, a postura dos diferentes sujeitos (profissionais e clientes), cujo "ponto de encontro" se dá na UBS, que vai determinando, através de suas relações, a qualidade da assistência prestada. E por isso que a clientela refere-se à um bom atendimento como:

"Ele (funcionário) era muito alegre, atendia a gente sempre muito bem...";

"Ele tem um jeito pra atender a gente! A gente pode estar super nervosa, mas ele conversa e já acalma a gente...";

"...aquele então! Tem uma paciência com a gente! E muito atencioso!";

"...são carinhosos...";

"É tudo muito limpo, e eles tratam bem a gente... Tão sempre cuidando da gente...";

"Ela é muito esforçada e brincalhona, está sempre disposta."

Quando se expressa uma disposição de maior aproximação da parte dos profissionais com outros indivíduos, apesar de muitas vezes isto traduzir uma ligação visando um certo poder, (impli-

citamente reconhecido entre os envolvidos), isto possibilita uma relação mais íntima entre o trabalho ali efetuado e a vivência dos que ali afluem, além de diminuir a dicotomia entre a vida profissional e pessoal dos que ali trabalham.

Na UBS onde desenvolvi a pesquisa, não percebi uma filosofia única e claramente definida na forma de atender. O agir de cada um se dá de uma forma individualizada, conforme a postura do funcionário e do cliente, resultando num atendimento diversificado.

4.3.1. Os "técnicos da disciplina"

Na recepção e acolhida do cliente o que predomina na atitude dos funcionários são tentativas de organização, onde este busca determinar as ações e impor normas. Primeiro é a fila que tem que ser reorganizada, apesar da confusão que gera muitas vezes entre os clientes já enfileirados a seu modo.

"Quem vai consultar com o pediatra agora de manhã?
Faz uma fila aqui... E quem vai consultar criança
hoje à tarde... E agora, aqui quem vai consultar o
Dr BB." (funcionário orientando as filas ao abrir a
porta da UBS de manhã)

Depois é a seleção dos que estão dentro da regra: até as 8:00 hs (para fazer inscrição) e entre os primeiros 12 (para receber a vaga desejada). Dali para a frente é todo um controle

que se exerce na imposição de uma disciplina que parece facilitar uma determinada tarefa do profissional, a qual, em verdade, faz parte de um jogo nas relações de poder ali estabelecidas:

"A conversa tá muito alta, ...quem quer conversar vá lá fora" (ordem de um funcionário na sala de espera);

"Pessoal, silêncio! Vou chamar aqui, e quem estiver responda!" (funcionário conferindo lista de agendamento);

"Quem está aguardando e tem ficha pro pediatra pode chegar aqui" (funcionário organizando prontuários);

"Quem tem que pesar venha até aqui. Quem tem ficha nova, nunca consultou, tem que pesar." (funcionário chamando os clientes que aguardam a consulta);

"Esse lugar é para quem vai consultar o dentista..." (funcionário solicitando à clientes para sentar em outro local).

Ao dirigir as ações da clientela que recebe assistência médica-odontológica, garantindo a ordem no interior da UBS, a enfermagem assume a condição de "vigia subalterno da disciplina", representando um poder ausente (de quem não está ali neste momento) mas ao mesmo tempo presente (porque personificado por ela).

A enfermagem tem assim um papel de "sub-oficialato" (termo utilizado por Foucault, 1988), pois constitui este quadro de pessoal "razoavelmente capacitado", mais barato, que permanece o tempo todo, todo o tempo, junto à clientela. É a enfermagem

que assegura o cumprimento da ordem médica-institucional, salvaguardando a clientela de possíveis revoltas e reclamações, estabelecendo a ordem, a disciplina e a organização quanto ao horário imposto, à fila determinada, ao silêncio exigido e à todas as outras rotinas dos serviços instituídos.

Como característica própria da imposição da disciplina, a impessoalidade assegura a obediência silenciosa. Não há sujeitos, há números. Ao invés da recepção individualizada, onde se possibilita o reencontro (por exemplo: quem se inscreveu avisa que já chegou), a presença é conferida através de chamada:

"Vou chamar...quem estiver, responda...";

"Quem é o número 2? Que número o Sr é? Está aí o número 2?";

"O número 3 do Dr XX pode entrar..."

O controle da ordem e da disciplina é vital para um aprendizado de docilização... É necessário, portanto, que o indivíduo se confunda num coletivo massificado para que o respeito à norma seja maior do que o respeito pela vida. Desta forma os indivíduos podem tornar-se objetos de fácil condução e controle para o sistema de produção e consumo, que lhes determina as necessidades e o sentido de suas existências.

4.3.2. Mediando a Negação

O "sub-oficialato" prepara a clientela para a inspeção: inscreve, registra, pesa, ordena lugar, silencia, confere a presença e comanda a entrada, numa representação fiel de compartilhar o poder. Nesta representação, a enfermagem é utilizada e assume um papel de intermediária dos profissionais com maior prestígio e da instituição, falando em seu nome, constituindo-se igualmente a emissora da não-assistência:

"Desde às 7 já estava lotado!" (resposta à um pedido de consulta);

"Tem que vir bem cedo pra pegar vaga...";

"Hoje não tem mais vaga";

"Só no dia 19... Tem que vir às 5 da manhã..." (referindo-se ao horário de chegada necessário para conseguir vaga);

No corredor: "Olha pessoal, pode ser que os médicos e o dentista vão entrar em greve, pode ser que eles não vem.. Então vocês aguardem na sorte..." (funcionário alertando os clientes que aguardam a consulta);

"Não temos (determinado medicamento) aqui. Você pode pegar em outro postinho".

Informando ou impondo a negação, a enfermagem torna-se a "porta voz" deste poder maior que é o "doutor" ou a instituição. É tão profundo este compromisso de intermediação, que o

funcionário chega a sofrer agressões físicas e morais:

"...a pressão que a gente está passando por causa da população, eles não estão aceitando (as limitações do SUS), então o que tu escutas não está no gibi";

"Eu disse: "o sr aguarde um pouco, eu vou falar com a dra para encaixar o seu filho, porque está lotado". Aí o cara me agrediu... não me rebentou a cara porque eu tive tempo de tirar o corpo fora... e ele era meu amigo... eu não disse "não" ao cliente..."

A enfermagem, porém, geralmente não se apercebe do papel que assume sem ser seu, pois é orientada e conduzida, desde que começa a trabalhar, a ser este "vigia subalterno".

Os programas oficiais são divulgados ao nível local como incumbência a mais. A participação efetiva da equipe local nas decisões e no planejamento é praticamente nula - quanto mais, a participação da comunidade. Até por isto, então, não poderia haver identidade com as Políticas de Saúde impostas:

"...a gente alertou para eles (supostos responsáveis pelo SUS) que este programa não ia dar certo... mas tinha que ser mudado... eu faço votos que dê certo, que venha a ser aquele programa que eles quiseram montar, que eles querem fazer..."

A enfermagem aceita as regras impostas numa relação de dominação da qual faz parte e ao mesmo tempo legítima. As relações de "cortesia" e "camaradagem" (uma carona, um abraço, uma consulta facilitada...) que ela estabelece com os "doutores",

podem justificar a postura que a enfermagem assume em sua defesa quando, docilizada, argumenta em seu favor:

"Os médicos até nem querem que a gente os chame de doutor! Mas a gente está acostumado, sabe como é..";

"As vezes eles (médicos) atendem mais. A dra SS e o dr BB já atenderam até 20!! Eles atendem quando realmente precisa, são muito bonzinhos..." (funcionário comentando sobre o número de consultas diárias).

O "sub-oficialato" age e reage segundo uma lei maior: a lei da subalternidade...

4.3.3. O Saber Calado

A função da UBS aparece impondo-se como contenção da população pela negação e pelo cansaço, restringindo a assistência à capacidade material disponível. Os "recursos humanos" ali alocados parecem, muitas vezes, apenas complementarem esta capacidade material, uma vez que suas ações resumem-se em responder à perguntas como: "Tem vaga?", "O Dr atende hoje?", e em prestar cuidados à demanda restrita, que no dizer de um funcionário, é:

"Jogo rápido", "...um atendimento superficial..."

Não existe uma proposta de planejamento coletivo, partindo das necessidades da comunidade e de seus indivíduos, ou mesmo

de ações que extrapolem a instituição constituindo-se "na" e "com a" comunidade. A ação profissional está mais limitada à este atendimento de "pronto socorro", muito restrito, pois:

"sem recurso, sem material para trabalhar..."

Juntamente com a restrição do número, vão também a restrição da credibilidade e das potencialidades, tanto da clientela quanto dos funcionários.

A prevenção é relegada ou simplesmente inexistente. A prioridade é o atendimento médico à quem "não passou bem à noite", ou à clientela carente que não tem onde recorrer; mesmo assim, quando tem vaga...

Além de intermediar a negação, a enfermagem muitas vezes nega seu próprio saber. Este saber calado dentro de si é um saber-fazer, um poder-fazer não utilizado, como se pode perceber nestas falas de funcionários:

"Eu posso até colher o preventivo, mas... você deve consultar um médico..." (no caso de uma mulher que referia estar com sangramento);

Sem ao menos verificar a temperatura: "Pra consultar só amanhã, e se a criança tem febre, tens que levá-la em algum hospital...";

Ou neste diálogo:

Cliente: "Não sei o que é, tô tão ruim!!... Pressão, não e ...acho que é labirinto"

Funcionário: "Pois é, se quizeres ver teu problema mesmo, vais ter que consultar..." (a iniciativa de verificar a pressão não ocorre).

Quando o profissional nega um poder-fazer, seja enquanto cuidado, seja enquanto orientação, ele retém sua própria capacidade de agir, negando seu poder de intervir no processo saúde-doença e reforçando o poder-saber de um outro, já supervalorizado. A enfermagem está legitimando a supremacia médica quando lhe atribui a competência exclusiva de um saber muitas vezes primário. Talvez esta atitude surja como forma de esquivar-se do fazer, ou de não assumir a responsabilidade de sua própria competência.

Os clientes pedem interesse, compaixão, respeito. O que o pessoal de enfermagem se dispõe a dar? Os clientes se humilham, mendigam, tentam conquistar. Como a enfermagem planeja responder?

Talvez a resposta seja:

"Eu não esquento mais, não adianta..." (funcionário comentando a necessidade de vir às três da manhã para conseguir consulta);

"O que eu tenho com a revolta lá de fora? O que eu tenho a ver com o problema dela?" (funcionário comentando sobre a indignação de uma cliente que não obtivera consulta).

Por outro lado, a negação de seu poder-saber é mais concretamente testemunhada, quando a enfermagem faz e não assume o

seu fazer. Seus depoimentos podem ilustrar melhor:

"...se fizessem algum atendimento assim, na certa anotariam, mas se surge algo, a gente chama logo o médico" (sobre a falta de registro de suas atividades em prontuário);

"Os dados são anotados num papelzinho e se deixa para o médico anotar (no prontuário)" (sobre os sinais vitais, verificados pela enfermagem).

Ou quando o pessoal de enfermagem utiliza seu saber, mas apega-se ao poder médico para validá-lo:

"pra fazer efeito a vacina deve ser dada em tres doses. Aí vai valer por cinco anos... Então eu faço uma agora e você fala com teu médico de que já tomasse uma e como seria teu esquema" (orientando o cliente que solicitara 1 dose de antitetânica).

Mesmo orientando o cliente, o funcionário reforça o poder médico (que, por sua vez, o utiliza), reforçando a dependência do cliente e a sua própria. A enfermagem faz parte desta corrente de poder, onde pequenas renúncias delimitam seus espaços e possibilitam ou não o avanço em sua própria autonomia. Cabe a ela decidir se quer adaptar-se à esta condição de subalternidade ou se quer "insubordinar-se" - individual ou coletivamente.

4.3.4. O Saber-Fazer Utilizado

O instrumento de trabalho mais utilizado pela enfermagem na UBS é, sem dúvida, a fala. Digo isso por tê-la assistido respondendo aos indivíduos que ali vêm buscar não só serviços médico-odontológicos -como a antiga denominação do posto insinuava- como também o cuidado de enfermagem.

As orientações que sucedem ali poderiam ser classificadas em vários "estágios". São esclarecimentos sobre horários, normas e indicações de consulta; alertas à alguns direitos constituídos; ou ainda, informações necessárias de diferentes formas de aprendizado do auto-cuidado, embora em número bastante reduzido:

"O sr tem que pegar atestado... eles (patrões) precisam da gente, mas quando a gente precisa, ninguém dá valor. O sr tem que cuidar da sua saúde" (funcionário informando um cliente ferido).

Estas orientações podem parecer, muitas vezes, um corte à qualquer tentativa de diálogo, quando tomam a forma de monólogos, repassando informações que fecham possibilidades, cortam esperanças ou desconsideram direitos:

Cliente: "O dr BB está atendendo hoje?"

Funcionário: "O dr BB está lotado";

Cliente: "Vocês têm médico para consultar aqui?"

Funcionário: "Já está lotado, tem que vir bem cedo para pegar consulta";

Cliente: "Acho que vou esperar, quando ficar grávida eu vejo (o que fazer)" (cliente -dando uma risadinha- após ser longamente "convencida" a fazer o preventivo em outro lugar)

Funcionário: "Bem, aqui não tem mais vaga. E como eu te falei: eu posso até colher o preventivo para ti, mas vai demorar... Lá no Centro de Saúde tem ginecologista..." (funcionário convencendo a cliente da "inconveniência" de colher seu exame ali).

Em algumas situações, porém, existe um esforço para promover uma orientação mais "adequada" às necessidades do cliente, quando o funcionário lhe questiona alguns aspectos referentes à sua queixa ou à sua preocupação, como nestas falas registradas durante um cuidado:

"O sr está com umas manchinhas na pele, já faz tempo? ... o sr mostrou para o médico?" (funcionário ao aplicar uma injeção no cliente);

Cliente: "uma diarreia do dente não tem problema?"

Funcionário: "Só diarreia? Não tem vômito, alguma coisa mais?"

Cliente: "Não"

Funcionário: "A sra observa, viu? Se tiver com diarreia, vômito, alguma coisa, se acaso apresentar, traga no médico";

Funcionário: "Está baixa hoje: 9 por 6 (comentando a P.A. verificada). O sr sempre tem em torno de 12. Tomou algum remédio?"

Cliente: "Tomei."

Funcionário: "Qual?"

Cliente: "Não sei... um pro coração"

Funcionário: "Tem que cuidar, porque tem remédio pro coração que baixa a pressão".

Neste diálogo dispensado à clientela, o cuidado surge como uma aproximação na relação existente. Se a comunicação ocorrer como troca, o poder-saber do outro não será tomado apenas para fortalecer o poder próprio, mas pode se constituir uma fonte de reconhecimento que possibilita o crescimento conjunto. O interesse pelo sentimento do outro, por seu problema, por sua vida, faz com que as posições de dominação e dependência tendam ao desequilíbrio. Assim, o diálogo implica em ouvir e ser ouvido, numa relação que supera a imposição de verdades e de ações.

Os funcionários de enfermagem da UBS referem a orientação individualizada como a ação educativa por excelência:

"A educação em saúde... é feita individualmente, de acordo com o que a pessoa apresenta na hora, mostra na hora ou vem falar na hora. Se alguém vem aqui na secretaria e pergunta alguma coisa, tu já vais orientar... A educação em saúde que a gente faz... geralmente é individual. É feita pra pessoa mesmo... então o objetivo maior da gente é procurar... é colocar na cabeça, que elas assimilem um mínimo que seja, mas que aquilo sirva para elas. Não adianta tu dar uma informação muito grande... tens que dar o básico: é lavar a mão e ferver a água, isso, pronto. Perguntou, aprendeu, fica satisfeita...";

"Com todo mundo eu converso, eu sento no corredor. A gente tinha aquela conversa com o cliente do dia a dia dentro do Posto. A cada reclamação, a gente explicava o que estava acontecendo...";

"...explicar, deixar o paciente ciente daquilo que ele é pra fazer; orientar o cliente... O pouco que a gente sabe,... procurar dar um folheto que é pra ele se interar mais com as coisas, entendeu? ...o que tu poderias fazer é educar, mostrar, ensinar... pra que ela veja aquilo dali, e comece a respeitar a doença como ela deve ser respeitada.";

"As informações que são dadas para o pessoal em termos de orientação médica... uma informação do que ela pode recorrer, o INPS, um médico, um negócio assim... (o objetivo da educação em saúde) se resume numa orientação para as pessoas desinformadas".

A educação é entendida como um ato onde se ensina, mostra, coloca algo na cabeça do outro; um repasse de informações (limitadas ao "pouco que a gente sabe") em resposta à dúvida imediata, conforme esta for compreendida pelo funcionário. Ela torna-se uma "orientação de pronto socorro", que busca minorar ou resolver o problema, sem buscar entender o potencial do outro, nem mesmo ter em vista o respeito ao seu conhecimento e às formas de enfrentamento já por ele utilizadas. A enfermagem se coloca na posição do mestre - quem sabe - que deve repassar a verdade ao "paciente" - quem não sabe.

Esta ação educativa que consiste na "orientação" individual, contribui para a fragmentação da resistência coletiva. Como não existe um canal aberto para um trabalho grupal, muito menos comunitário, o potencial da UBS passa a ser visto como restrito à assistência individualizada, cuja deficiência deve ser digerida ou enfrentada solitariamente pelos clientes. A problemática experienciada pelo indivíduo torna-se um caso pes-

soal, requerendo um enfrentamento também pessoal, fragilizado.

Por outro lado, a assistência individualizada gera a possibilidade de suprimir a norma ou de burlar a "ordem". Cada caso é um caso, e, dependendo do caso:

"a gente sempre dá um jeitinho".

Tratado como um favor, o direito da assistência passa a ser negociado. A intermediação do poder-saber médico confere à enfermagem um poder-decidir se o caso merece ou não extrapolar a cota diária de consultas. A enfermagem recebe, então, parte dos "louros", se arranjar a vaga, ou serve de "pára-choque" da insatisfação e revolta da comunidade, se não a conseguir.

Além disso, é "natural" que certas pessoas "mais chegadas" tenham alguns privilégios. Um parente, um amigo ou alguém encaminhado por outro funcionário é visto com outros olhos. Para eles é possível fugir às regras: chegar após o horário, ter acesso ao telefone, etc.

4.3.5. A Positividade do Poder

O "jogo rápido", referido pelo funcionário para designar as atividades específicas de enfermagem, torna-se uma corrente de ações nas quais este coloca um pouco de si: numa palavra, num toque, num cuidado... Cada gesto representa um elo na relação criada e concretizada na UBS, entre dois sujeitos que ali

se encontram por alguns momentos e levam consigo mais esta vivência. Providenciar a medicação ou o encaminhamento, fazer um curativo ou uma injeção, verificar a pressão ou vacinar, são procedimentos, entre tantos, diariamente realizados pelo funcionário que, a fim ou não, deve atender as solicitações da clientela.

Cada funcionário se posiciona de maneira própria dentro do contexto da UBS, ao desenvolver suas ações. Cantarolando, associando, conversando ou permanecendo em silêncio, a enfermagem move-se em seu domínio. Muitos fatores condicionam o fazer e a forma de relacionar-se com cada cliente: a postura do outro, sua problemática, a atividade que deve ser desenvolvida, o estado de espírito no qual se encontra o funcionário, etc. Esta variabilidade pode ser ilustrada com este depoimento:

"ela (cliente) podia dar um driblezinho. E a gente... quem sabe a gente encaixava ela. Mas chegar aqui gritando... Nada se torna difícil, mas é saber conversar... Por exemplo: aquela mulher chegou, eu achei bacana, "poxa, eu não tenho nada em casa pra comer, será que dá pra você arrumar um pacotinho de macarrão pra mim?" Poxa, aquilo me toca o coração... Agora se ela chegasse aqui: (aumentou o tom da voz) "arruma um macarrão pra mim aí, o sr arruma pra todo mundo", é diferente... a forma, o comportamento da pessoa..."

Por outro lado, existe uma tentativa de igualar a assistência, talvez como um princípio moral:

"O meu sistema era... pobre ou rico, preto ou branco, todos eles eram iguais...";

ou como uma responsabilidade profissional;

"A gente sabe que a vida não é fácil. Agora é justamente nesse ponto: eu tenho que estar mais preparado do que eles porque a minha educação permite isso. Agora se eu já parto com agressão, ou gritando com ela..."

O fazer da enfermagem quase sempre é um fazer para o outro. Seguindo a tradição do SERVIR, o funcionário cuida do "paciente", conforme seu potencial ou sua boa vontade. Sentindo-se na obrigação de informar sobre, ou de realizar alguma técnica solicitada, dificilmente o cuidado torna-se uma oportunidade de fazer-saber ou de reforçar a autonomia do outro. A intervenção de enfermagem normalmente retém o poder-fazer que é delimitado como de seu domínio, refletindo a fragmentação mecanicista do fazer da sociedade.

A ação é sintomática e restrita à resposta sobre a queixa manifestada no momento (de Pronto Socorro), embora haja, no discurso, uma tentativa de ver o indivíduo como um todo:

"No começo tu vias muito individualizado, só o problema. Por que... tu ficas só em cima de sintomas, de doenças. Aqui não, tu tens que ter um geral, tudo... agora... tu já consegues pegar um todo da pessoa".

Entretanto, o fato de que é a enfermagem que permanece mais tempo presente na Unidade, situando-se por isto mais próxima ao cliente, e de que é ela que recebe um maior número de contatos dos indivíduos que acorrem à UBS, torna maior sua possibilidade de aproximar-se ganhando sua confiança e respeito, tornando-se conhecida enquanto conhece. Este espaço de aproximação pode tornar-se um espaço de interação, quando a enfermagem "afrouxa" suas posições dentro do poder que lhe é relativo.

No cuidado prestado ao cliente, ocorrem algumas tentativas de estimular o auto-cuidado, ainda revelando-se como um ensinar-a-fazer mostrando como-se-faz. Um exemplo disto é a orientação para que o cliente faça seu curativo, ou que alguém de sua família o faça nos dias de fim de semana, uma vez que a UBS estará fechada. Por "forças das circunstâncias", isto é, meio "sem querer", o funcionário facilita a viabilização da autonomia do cliente, permitindo que este perceba que é capaz de fazer ao mesmo tempo em que lhe transmite um "voto de confiança".

Em raras vezes, a oportunidade de "virar-se" sozinho na unidade é proporcionada ao cliente. E então permitido o acesso aos pertences da UBS, quando se reconhece o poder do cliente de fazer sem depender do saber ou do poder alheio. Num dado momento, pude observar um funcionário indicando o filtro da água, escondido na sala de procedimentos de enfermagem, incentivando a mãe que solicitara, para que servisse sozinha de água para o seu menino.

Em outro momento, o cliente é convidado a compartilhar a ação no cuidado que lhe é prestado:

"Segura essas gazes sobre os olhos dela, se não pode cair medicamento... agora comprima um pouco, não com muita força, para parar de sangrar" (funcionário pede à mãe, enquanto faz o curativo na criança).

O cuidado compartilhado pode representar já uma conquista na forma de aproximar-se do cliente. A seguinte situação ilustra bem esta reflexão:

Tres crianças chegam na unidade, duas meninas e um menino pequeno que deverá ser vacinado. Perguntam ao funcionário que as recebe, se já dá pra vacinar um bebê de seis meses, o qual ficara em casa.

Funcionário: "Não só pode como deve" (em tom de brincadeira).

As crianças são encaminhadas à sala de vacinação, e esta é então providenciada pelo funcionário. As irmãs o ajudam, incentivando o pequeno a abrir a boca. O menino choraminga, faz careta... O funcionário pede às meninas que coloquem seu irmão na maca, para que possa aplicar a DPT, mas logo muda de idéia: "deixa que eu ponho". Pega o menino, que novamente choraminga. Fala: "deixa, eu vou dar um colo pra ele". Coloca o menino no chão, prepara a seringa, deixando-a pronta sobre a mesa próxima. Senta-se na cadeira. Pede para uma das meninas segurar o algodão. Ela parece ficar satisfeita com a idéia, um olhar sorridente... O funcionário pega o menino, deitando-o de bruços sobre seus joelhos, e pede à menina que lhe alcance a seringa... Faz a vacina, ajeita o menino, colocando-o no chão. Anota os dados e despede os tres...

Alguns minutos mais tarde, as meninas aparecem novamente, sorridentes: foram buscar o outro menino para vacinar...

Sem entrar no mérito da técnica efetuada, vale ressaltar que transparecem nesta situação muitas possibilidades de desencadear um processo educativo. O funcionário procurou utilizar um modo de aproximação "adequado", respondendo logo a solicitação, utilizando um tom de voz adaptado à condição da clientela (constituída de tres crianças), e incentivando a participação das irmãs no cuidado dispensado à criança menor. Deste modo, houve uma forma diferenciada de relacionamento, onde o calor da acolhida conseguiu quebrar o gelo "normal" da assistência prestada na UBS.

4.4. O (re)Agir Sufocado

Recebendo uma negação como resposta às solicitações, a clientela tenta reagir. Busca estabelecer uma aproximação com o funcionário apelando geralmente para o sentimentalismo ou para um "poder" institucionalizado. Este apelo à "sensibilidade" do profissional representa um modo de resistir ao poder deste, e um modo de utilizar o poder próprio: de enfrentamento e de luta para conquistar algum objetivo.

O lamento de si mesmo é uma dessas formas mais comumente utilizadas como tática para barganhar. Nele o indivíduo mostra sua "fraqueza" na tentativa de "enfraquecer" o outro; mostra sua dependência enfatizando o "poder" que o profissional representa na relação ali estabelecida.

"Não tem ninguém para vir comigo tão cedo..." (desculpando-se porque não pode chegar mais cedo para marcar consulta);

"Eu tenho a filha deficiente, ela disse que não precisava..." (argumentando por não ter ficha para ganhar alimento);

"Fui no Centro de Saúde há uns 10 dias com sangramento, esperei naquela fila, debaixo do sol quente,... até o meio dia,... não fui atendida...";

"Estava fazendo tudo pra não ter que voltar lá (no INPS), enfrentar aquelas filas..." (Comenta mostrando o quanto ela precisava ser atendida naquela Unidade)

A exposição da fraqueza e do sofrimento pessoal é uma das táticas da negociação, onde o cliente tenta atrair o funcionário para o seu "jogo", o seu interesse. Na verdade, ele mesmo está entrando num "jogo da mendicância", onde deve desempenhar um papel de carente, necessitado, para ganhar a atenção devida.

Outra tática que a clientela utiliza é recorrer à ordem estabelecida na instituição, ou à um poder de algum mando profissional:

"Não é às 10:00hs? Me mandaram vir às 10..." (referindo-se à orientação de outro funcionário da UBS);

"Mas o médico mandou..." (cliente encaminhado para realizar exame);

"Como não tem?...eu vim cedo, não dava pra fazer (um curativo), agora não tem material?"

Há uma revelação do seu saber , quando o cliente informa o que pensa, o que sente sobre si e sua problemática, numa tentativa de diálogo nem sempre bem sucedida. Esta revelação do saber consiste numa espécie de "confissão espontânea" que muitas vezes continua sendo ignorada pelo funcionário, cujo preparo profissional e vivência pessoal nem sempre o capacita para uma relação de cidadania (respeito, interesse e solidariedade).

"Sabe, eu queria não cuidar mais (engravidar). Estava cuidando, ...se aparecer agora um nenem, eu queria ver antes se está tudo bem..." (cliente solicitando preventivo do câncer);

"To usando permanganato, já usei num machucado de outro menino meu e funcionou... minha mãe disse pra mim procurar uma senhora que benze..." (referindo-se à criança com lesão de pele).

A percepção da clientela sobre a sua assistência é bastante diversificada. Se uma considera:

"E brabo, não é? A pessoa precisa e não consegue! Eu já precisei muitas vezes, ...e não conseguia, e estava grave!... Eles deviam fazer diferente... marcar à tarde para o outro dia..."

outra, no entanto, comenta:

"ela (a funcionária) tem as ordens, não pode atender a tudo que a gente quer... Não pode dar moleza, não... as vezes a gente reclama do horário, das normas, mas depois a gente sai pensando e ve que eles tão certos..."

ou ainda:

"Cada um ve de um jeito... Eu procuro ser o mais amiga possível assim, pois sei que é difícil trabalhar com o povo, então, dificilmente eu encontro alguém que me trate mal..."

"Se eu reclamo, não é ser mal educada, é uma coisa que a gente tem direito..."

Os indivíduos resistem; reclamam por gestos e palavras, mas restringem sua revolta ao nível individual, não buscam se unir na ação coletiva. Suas insatisfações isoladas e desorganizadas não encontram apoio no profissional, mas sim, barreiras de um poder maior que as sufocam.

Como reação à dependência criada pela assistência, surge a agressividade, onde a impotência provoca uma explosão de frustração e revolta; surge o silêncio, onde a clientela reserva para si a ousadia de posicionar-se, configurando um sentimento abafado: medo de repreensões, insegurança, ou simplesmente a confiança numa "providência divina" concedida por quem detém o poder do saber-fazer?

Surge ainda a desistência, como no caso do menino que pediu água para beber e foi orientado para beber em casa ou esperar que desocupasse a sala onde se esconde o filtro; após esperar por algum tempo, e estando já a sala desocupada, o menino vai embora, sem alguém ter-lhe atendido o pedido. Ou ainda da moça que, chegando na UBS e encontrando-a vazia (ninguém à vista), tamborilha no balcão, caminha irrequieta e sai com um estalido na língua de insatisfação, desistindo...

Mas a resposta mais frequente da clientela é a obediência, a submissão, que muitas vezes configura-se numa cumplicidade com a intenção e a ação profissional.

Mães reprimindo seus filhos:

"Vai chorar agora, heim..."

"Mas dói!!" (a injeção)

"Dói nada, um menino deste tamanho!";

Funcionário: "Fica na maca agora, tira a calça"

O menino olha angustiado, resiste, choraminga um choro reprimido...

Mãe: "Tira a calça, guri" (em tom severo e autoritário).

Adultos aderindo à disciplina:

A uma ordem de: "Mais silêncio pessoal..." e um gracejo: "suas fofoqueiras", as pessoas riem, mas silenciam, ou falam em tom mais baixo;

O funcionário pede ao Sr que está sentado se vai consultar com o dentista, ao que este lhe responde que não. Ele então diz que aquele lugar está reservado aos clientes do dentista, e que ele não pode ficar ali. O cliente levanta-se e fala que "tudo bem", "está bom assim", apesar de receber uma "concessão" do funcionário: "mas se o Sr quiser esperar um pouco sentado, tudo bem."

Esta submissão e obediência são resultados das relações de domínio e dependência criadas em nosso sistema de vida. O poder "mágico" da tecnologia "moderna" (conjunto de procedimentos, técnicas, métodos e instrumentos) outorga aos profissionais da

saúde o direito da dominação sobre o corpo e o comportamento. Este poder "mágico" da tecnologia sobrepõe-se ao poder "mágico" (mas real) da consciência. A oportunidade de transformação da consciência, onde o indivíduo possa ser instrumentalizado para optar em dizer sim ou não, é muitas vezes desperdiçada em nome de uma ciência normatizada como saber pelos valores sociais vigentes. E o poder-saber institucionalizado que naturaliza a subalternidade e legitima o poder-fazer determinado por um saber-fazer "universal".

Por outro lado, há inúmeros clientes que assumem uma postura de quem quer aprender, indagando ou forçando o processo ensino aprendizagem:

"Acho que isso aí nem precisa mais de curativo, não é?" (cliente com ferimento no pé);

"Mercúrio dá cascão?" (sr preocupado com o curativo em seu dedo);

"Uma pressão de 13 por 8, com a minha idade, não é ruim, né? Acho que é labirinto..." (cliente comentando sobre a possível causa de sua tontura).

Ou de quem compartilha e também é sujeito, participando do cuidado: como no caso da mãe que traz a criança para vacinar e, sem ser "mandada", a prepara tirando suas fraldas e deitando-a na maca; ou da moça que vem fazer um curativo e retira as gazes sujas, jogando-as no lixo; ou ainda do Sr que, sabendo não haver mais vaga para consultar com o médico, prontifica-se em falar pessoalmente com este para conseguir o medicamento que ne-

cessita.

Ou ainda de quem utiliza o poder, ao menos de optar e decidir se quer o cuidado que lhe é fornecido, como se pode perceber no diálogo que se segue:

Cliente: "Tu vais marcá isso aí lá no INPS, né? Marca com o XX, né."

Funcionário: "Eu acabei de ligar pra uma Sra agora, só tem o YY"

Cliente: "Então tu não marca, que eu vou com esse papelzinho no INPS, que eu conheço gente que pode marcar..."

Ou na fala a seguir:

"Quem sabe eu me arrisco de novo... qualquer dia eu volto aqui..." (após ter-lhe sido negado a coleta de preventivo do câncer, e recomendado que procurasse onde havia ginecologista).

A resistênciã do cliente encontra seu espaço dentro do espaço de poder articulado pelos profissionais na UBS. É uma luta árdua, pois a revolta individual que se expressa numa reação fragmentada contribui antes para o reforço às normas e à disciplina instituídas, do que para a conquista real do poder de emancipação que, nesse caso, só poderia ser constituído coletivamente. A organização como forma de enfrentamento, a resistênciã como tática de luta, podem romper as forças de domínio impostas por quem ocupa uma posição mais vantajosa no poder.

A comunidade assistida pela UBS estudada, já demonstrou sua força em outras ocasiões, quando exigiu a construção do

Posto, há 14 anos atrás, e quando pressionou a Secretaria de Saúde para que revogasse a ordem de transferência de um funcionário que "sempre lhe atendeu muito bem" (segundo depoimento de um funcionário).

É necessário, porém, que ela descubra seu poder de participar, resistindo, aprendendo a reivindicar, articulando e intervindo. Mais do que reagir, é necessário aprender a agir...

A UBS: ESPAÇO DE CRIAÇÃO NUM PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Na UBS há um fazer cotidiano que desencadeia inúmeros processos de aprendizagem, cujos sujeitos são os clientes que ali vem buscar soluções para suas necessidades de saúde e os profissionais responsabilizados pelo atendimento destas necessidades.

Nas solicitações que pude acompanhar na UBS, há um processo de pedir, onde os clientes "ensaiam" a melhor forma de conseguir uma resposta afirmativa à suas necessidades. Assim "vivendo e aprendendo a jogar", os clientes utilizam alguns passos ou estágios neste pedir: 1º. a negação de seu poder e direito, transformando-o em favorecimento, determinado pelo medo da resposta. Há, então, a busca pela aproximação com o poder do outro, ainda intermediário (no caso da enfermagem), mas mais próximo; 2º. a negação de seu direito, como forma de apelo, onde há a utilização de um poder "maior" (autoridade institucionalizada), na tentativa de diminuir o poder do outro; 3º. a afirmação de seu direito, como uma "ousadia", onde há a negação do poder ou do direito (de negar) do outro.

Estas formas de enfrentamento utilizadas pela clientela, são aprendidas na convivência com os serviços de saúde quando os funcionários, intermediando o poder médico institucional, garantem a não sobrecarga do trabalho ao "doutor", decidindo e julgando a necessidade de um atendimento "extra". Esta proximidade com o poder já é parte dele mesmo, suscitando uma reação do cliente que pode ser a de anular-se ("fragilizando-se" ou humilhando-se), aproximar-se ou sobrepor-se (agredindo).

Há um modo "cuidadoso" de chegar "pedindo" que parece ser infantilizado pois, faz parecer um favorecimento aquilo que é um direito atendido, exigindo uma postura de diminuição, ou mendicância do indivíduo. Em contrapartida, ao mostrar-se "fraco", o cliente está legitimando o poder e a "força" do funcionário ou da instituição. Ao "negar" o seu direito, convertendo-o em benefício, nega sua condição de cidadão.

A dependência gerada pela institucionalização da assistência investiu os profissionais de um poder real: o de dominar os recursos e, de certo modo, o saber (ao menos o socialmente reconhecido e "naturalizado"). Muitas vezes, até como forma de justificar sua existência, o profissional de saúde reserva para si o "poder de curar". Sente-se o dono da instituição, no que se refere à dinâmica estruturada na Unidade. Na aprendizagem da negociação, o funcionário utiliza traços de domínio, impondo o seu "direito", negando muitas vezes o diálogo e o respeito à cidadania.

A educação, entendida com o ato de "colocar na cabeça" do cliente algo que a enfermagem julga como necessário, é empobre-

cida em quantidade e qualidade, uma vez que não se acredita muito na capacidade deste de aprender. Assim, a "ação educativa" se resume em : TU perguntas + EU respondo + TU ficas satisfeito...

Sendo concebida como respostas à perguntas, ou como informação ao cliente sobre técnicas ou doenças, as "orientações" têm como conteúdo: explicações sobre as reclamações dos usuários, ou de como a doença deve ser "respeitada" (AIDS, cólera, etc.), as vezes através de panfletos; o "básico", imediato (coisas "simples" de serem apreendidas: como lavar as mãos, ferver a água); ou sobre localização dos serviços de saúde e "melhores profissionais", em caso de encaminhamento.

O menosprezo pelo saber popular, pelas crenças e soluções populares, faz com que este não seja aproveitado, discutido ou desvendado. Sobressai sempre o saber técnico. Melhor ainda se procurar diretamente o "doutor" que possui um "melhor recurso". Assim, para as queixas usuais da clientela (diarréia, febre), se ensina a adoecer para vir depois buscar a cura: "se acaso apresentar, traga ao médico..."

O atendimento individualizado, com respostas individualizadas e casos particulares como regra da assistência, preserva o funcionário de perguntas que poderiam invadir o seu domínio, se investidas de força coletiva, ameaçando sua segurança. O mal gerado pela assistência, quando não preenche o vazio da cidadania, pode estar contido no descaso pelo componente educativo (omissão, desatenção). Além da "expropriação do corpo" (na expressão de Illich), ocorre a expropriação da cidadania.

O descompromisso com o componente educativo na assistência se manifesta sob várias faces: a da ausência da intencionalidade de uso instrumental do diálogo; a da sobrecarga do cliente quando se favorece a fantasia do medo, da distância na relação, da dúvida quanto ao atendimento à solicitação do serviço; e, a da prática do (des)encaminhamento, quando, sem consequência, se coloca o cliente em outra "porta", em outra "procura", fomentando uma "mendicância do direito".

Os modos de ação e reação (táticas da relação) são condicionados pelas relações estabelecidas na UBS. A assistência é compreendida como uma disposição de recursos para o atendimento de um direito, manifestado enquanto necessidade, quando respeitada a cidadania dos sujeitos desta relação. Porém, numa relação avessa à cidadania, o atendimento é visualizado enquanto ação "humanitária" para suprir "carências" individuais, dentro das possibilidades estabelecidas pela instituição ou pelo profissional de saúde.

Na sala de espera inúmeras oportunidades educativas se apresentam, brotando entre os clientes que, em suas conversas, tentam resolver suas dúvidas, seus problemas, interessam-se uns pelos outros, o que geralmente não é acompanhado pelos funcionários que permanecem em sua posição de esperar serem solicitados. Poderia ser mais confortável se o profissional estivesse ali presente, disponível, instrumentando-lhes e buscando junto com eles o saber. As vozes (da prática assistencial, o ambiente, etc) que deveriam fazer dialogar, entrar em diálogo, sufo- cam este diálogo, fazendo calar...

A transformação requer diálogo. O diálogo deve ser proposto como convite à participação, favorecimento à instrumentalização. O diálogo implica em aprender o saber do outro, dispondo o próprio saber, compartilhando. Nesta troca possibilitada, deve haver respeito pelo saber do outro, quando a busca conjunta da "verdade" enriquece o entendimento e amplia o potencial de ação e reação dos indivíduos que, através da articulação, pode ser ampliado ao coletivo.

Na Unidade despontam possibilidades de avançar num processo educativo, quando o funcionário reconhece sua responsabilidade em "estar mais preparado do que" a clientela, tendo maiores condições de se portar de modo "educado" (respeitoso); Também quando ele percebe que "ver o geral, ...ver o todo", o facilita a empreender uma relação mais completa e real com a clientela, apesar de limitar sua relação ainda ao indivíduo. Existem já convites a compartilhar o cuidado e tentativas de estimular o auto cuidado que poderiam avançar do "ensinar a fazer" mostrando como se faz, ao aprender a fazer participando do que se faz. Talvez o que esteja dificultando uma aproximação mais efetiva com a clientela, seja o fato de não existir uma identidade entre os funcionários e esta, o que os faz não se sentirem à vontade em sua proximidade. Talvez ambos não compartilhem a mesma "causa"...

O processo da assistência, se educativo, gera novas perspectivas, num crescente crescer juntos. Mas é necessário coragem para enfrentar novos desafios, situações novas e novas possibilidades. As instituições de saúde deveriam funcionar como

deveriam funcionar as escolas, visando formar cidadãos livres, críticos e criativos...

É necessário, entretanto, compreender que só se pode dar o que se tem. O profissional deve ter reserva para apoiar e fundamentar as ações necessárias para construir uma condição de vida melhor. Porém, inconscientes, alienados de seus próprios direitos e deveres, alienam os direitos dos indivíduos. Se o direito não é conhecido, deve haver uma aprendizagem do direito, funcionário e cliente, numa relação de respeito e compromisso. O funcionário tem que assumir sua condição de cidadão, para que possa respeitar a cidadania do outro. Quanto mais consciência da minha cidadania, mais condições de respeitar a cidadania do outro eu terei.

Cidadania implica participação. Se os funcionários não têm a devida participação nas decisões e no planejamento das ações, ou porque não são convidados ou porque não se sentem motivados para isto, não conseguem compreender o significado da cidadania, participando, então, de um processo de alienação.

A consciência do funcionário deve ser trabalhada. É necessário, talvez até urgente, haver uma articulação a respeito do SUS, superando a imposição de idéias e de tarefas. Os funcionários rejeitam sua participação no SUS, não conseguindo visualizar, por determinantes que precisam ser desvelados, o avanço que esta proposta traz em termos de possibilidades de assistência. Esse é um dos pontos de partida para os órgãos centrais: trazer para a pauta a discussão sobre o Sistema, através de seminários, juntando clientes, funcionários e coordenadores, para

discutir como funciona, quais os objetivos, etc...

A instituição pode ser um espaço de articulação, tendo uma filosofia única, discutida e planejada, tendo uma educação para a cidadania. Onde não há educação há doença: doença da ausência de cidadania, do potencial pleno de viver. O tratamento é claro, no que diz respeito à justiça, participação, mais qualidade de vida.

A discussão para a aprendizagem deve ser favorecida.. E preciso trabalhar com criatividade, suscitar motivações e fazer crescer o entusiasmo do grupo pelo trabalho e novas criações... Como nos diz Alves, "a paixão é o segredo do sentido da vida" (1989, p. 21). O espaço da Unidade pode ser aproveitado com os clientes, planejando-se e implementando novas atividades, a partir de discussões com a população, num processo de descoberta dos potenciais próprios de cada um.

Devemos estar certos de que, como nos diz Vaccaro (1990, p. 136), "o possível-agora não é dado todo de uma vez, é conquistado, com certeza, mas é também inventado e construído".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de et al. A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. ANAIS... Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989. p.43- 75
- _____. MELLO, Débora Falleiros de e SOUZA NEVES, Lis Aparecida. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. datilografado
- ALVES, Rubem. Conversas com quem gosta de ensinar. 23. ed. São Paulo: Cortez, 1989. (Polêmicas de nosso Tempo, 1).
- AMORIM, Odete Ferreira de. Educação para a saúde no Brasil: o caso do Distrito Federal. Belo Horizonte, 1989. (Tese de Mestrado, Escola de Veterinária, UFMG)
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70: Persona, 1979.
- BIRSKIS, Lais e CARVALHO, Elisete Roncágua. Desnutrição: um problema de enfermagem de saúde pública - relato de experiência. Rev. Bras. de Enf., Brasília, v.36, n.3/4, p.297-301, jul/dez. 1983
- BORGES, Maria Valderez. A enfermagem e os serviços básicos de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33., Manaus, 1981. ANAIS... Manaus: Ed. Uberaba, Brasília, 1981. p.49-60

BORGHI, Lamberto. A educação permanente. In: ILLICH, Ivan et al. Educação e Liberdade. São Paulo: Imaginário, 1990.

CASTELLANOS, Brigitta Elza Pfeiffer et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. ANAIS... Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989. p.147-169

COSTA, Nilson do Rosário. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cadernos do CEDES, São Paulo, n.4. p.5-27, 1984

COCCO, Maria Inês Monteiro. O enfermeiro e o ensino não formal em saúde: uma abordagem teórica. Rev. Bras. de Enf., v.41, n.1, p.50-55, jan/mar. 1988 .

A ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva. Campinas, 1991. (Tese de Mestrado, Faculdade de Educação, UNICAMP)

DI LASCIO, Cecília Sanioto. A saúde da mulher como prioridade nos programas de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, Belo Horizonte, 1984. ANAIS... Belo Horizonte: FUMARC/PUC-MG, 1985. p.85-116

EVORA, Yolanda Dora Martinez et al. Estudo analítico das atividades da enfermeira em um ambulatório de assistência pré-natal. Rev. Paul. de Hosp., v.35, n.10/11/12, p.179-184, out/dez. 1987

FAGUNDES, Norma Carapia. O processo de enfermagem em saúde comunitária a partir de Myra Levine. Rev. Bras. de Enf., Brasília, v.36, n.3/4, p.265-273, jul/dez. 1983

FALEIROS, Vicente de Paula. A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e da assistência sociais. São Paulo: Cortez, 1982.

FERNANDES, Aurení Corrêa et al. Participação popular e saúde: atuação de acadêmicos de enfermagem na área de abrangência do Posto Zona Sul, Maringá (PR). Maringá, 1991. datilografado.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Vigiar e Punir: história da violência nas prisões. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FREIRE, Paulo. Ação cultural para a liberdade. 8.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. Extensão ou comunicação? 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

GADOTTI, Moacir. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. Prefácio: Educação e ordem classista. In: FREIRE, Paulo. Educação e mudança. 16.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

_____, FREIRE, Paulo e GUIMARAES, Sérgio. Pedagogia: diálogo e conflito. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

GONZAGA, Flávia Ramos, KLEBA DA SILVA, Maria Elisabeth e VERDI, Marta Machado. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. Florianópolis, 1991. datilografado.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

LAGANA, Maria Teresa Cícero. Ação participativa num processo de atendimento de mães em unidades de saúde: uma análise dialética da estrutura da prática de enfermagem. São Paulo, 1986. (Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem da USP)

LESCURA, Yara. Educação em saúde: abordagem segundo o modelo de crenças em saúde fundamentada na teoria de Kurt Lewin. Ribeirão Preto, 1987. (Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP)

LEOPARDI DA ROSA, Maria Tereza et al. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem - uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., Florianópolis, 1989. ANAIS... Florianópolis: ed. da UFSC, 1989. p.97-126.

_____. Reflexões acerca da assistência de enfermagem ao indivíduo como ser social. Florianópolis, 1985. (Tese de Mestrado, Departamento de Enfermagem, UFSC)

NASCIMENTO, Estelina e REZENDE, Ana Lucia. Criando histórias, aprendendo saúde. São Paulo: Cortez, 1988.

OGUISSO, Tako. Assistência primária de saúde no INAMPS em São Paulo e no Rio de Janeiro: contribuição do enfermeiro. São Paulo, 1984. (Tese de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, USP)

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Educação em Saúde: prática sanitária ou ação ideológica. Rio de Janeiro, 1981. (Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ)

PAPI, Andrea. Fora do contexto. In: ILLICH, Ivan et al. Educação e Liberdade. São Paulo: Imaginário, 1990.

REZENDE, Ana Lucia Magela. A enfermagem no contexto da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, Belo Horizonte, 1984. ANAIS... Belo Horizonte: FUMARC/PUC-MG, 1985. p.11-34

SILVA PINTO, Sônia Maria Passos da e PAIVA, Miriam Santos. Metodologia da assistência - uma nova estratégia de educação em saúde. Rev. Bras. de Enf., Brasília, v.36, p.177-182, 1983.

SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (SUDS). Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Instituto de saúde. Serviço de Educação de Saúde Pública. A prática sanitária dos profissionais de centro de saúde: relatório de pesquisa. São Paulo, 1987. datilografado.

SOUZA, Maria Luiza de. Desenvolvimento de comunidade e participação. São Paulo: Cortez, 1987.

SPOSATI, Aldaisa de Oliveira et al. Assistência na trajetória das políticas sociais. São Paulo: Cortez, 1986.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VELASQUES, Cristina Liberatori et al. O enfermeiro no desenvolvimento da comunidade - atuação como educador. Rev. Bras. de Enf., Brasília, v.39, n.2/3, abr/set, 1986

VACCARO, Salvo. Construamos agora a escola de amanhã. In: ILLICH, Ivan et al. Educação e Liberdade. São Paulo: Imaginário, 1990.

ANEXO I

ENTREVISTA REALIZADA COM FUNCIONARIOS DA UBS

Nome

No que trabalhou antes de vir para a Unidade Básica de Saúde?

Porque trabalha na enfermagem ou na saúde atualmente?

Você participa em algum movimento, grupo ou associação na comunidade ou na categoria profissional? Porquê?

Qual a função da UBS?

O que você gosta de fazer na UBS?

O que você não gosta de fazer na UBS?

O que é educação em saúde para ti?

Quem faz educação no Posto de Saúde?

Como é feita a educação em saúde?

Por exemplo, quando se verifica a pressão arterial de um cliente, o que se faz de educativo?

Como os clientes respondem, qual a reação destes à educação realizada?

O Posto de Saúde existe há 14 anos, você acha que dá para notar alguma mudança na população que se pode atribuir à educação realizada no posto? Quais seriam estas mudanças?

O que a educação em saúde pretende alcançar? Isto é, na tua visão, qual seria o objetivo de uma atividade ou um programa educativo?

O que deveria ser feito para alcançar este(s) objetivo(s)?

Na tua percepção, existe alguma dificuldade em realizar um trabalho educativo na UBS? Qual?

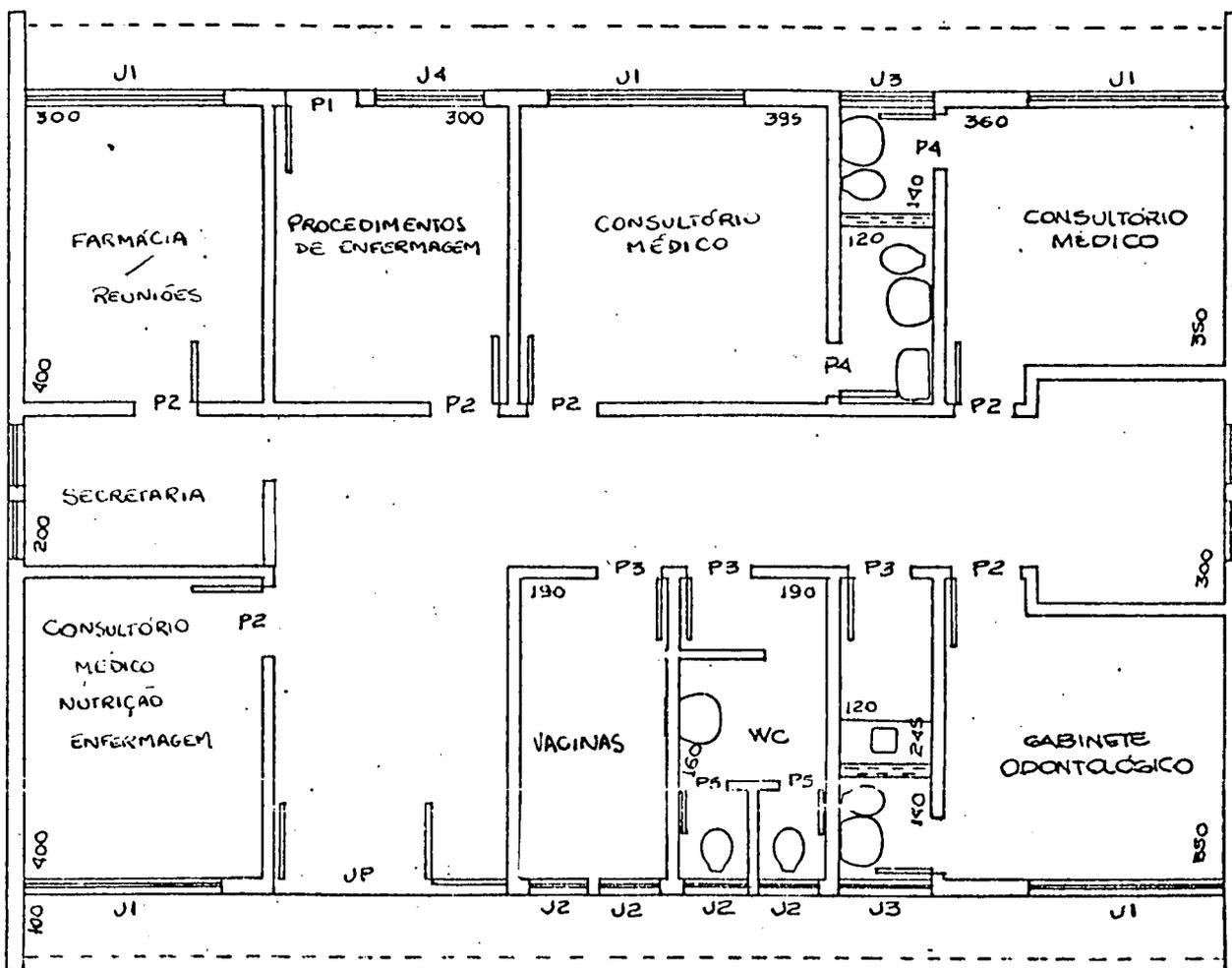
Você acha que existe alguma condição que facilita este trabalho? Qual?

Existe um planejamento das atividades entre os funcionários da UBS?

Quais os critérios que fundamentam este planejamento? (Por exemplo: disponibilidade dos recursos materiais e humanos, necessidades da população, ou outros).

ANEXO II

PLANTA FISICA DA UNIDADE BASICA DE SAUDE



ANEXO III

FOLHETO DISTRIBUIDO A POPULAÇÃO
PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE FLORIANOPOLIS
NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 1990

EM FLORIANÓPOLIS, PROCURE OS SEGUINTE SERVIÇOS DE SAUDE:	
<p>CONTINENTE</p> <p>SETOR 1 C.S.I. Jardim Atlântico C.S.II Balaieiro</p> <p>SETOR 2 C.S.I. Sapê C.S.II Monte Cristo (a partir de Junho) C.S.II Lar Fabiano de Cristo C.S.II Capoeiras</p> <p>SETOR 3 C.S.I. Colônia C.S.II Estreito (a partir de Junho)</p>	<p>CONTINENTE/CENTRO/AGRONÔMICA/TRINDADE</p> <p>SETOR 4 C.S.I. Vila Aparecida C.S.II Morro da Caixa C.S.II Coqueiros (a partir de Junho) C.S.II Monte Serrat C.S.II Praia (a partir de Junho) C.S.II Associação São Luiz C.S.II Morro da Penitenciaría C.S.II Corrego Grande (a partir de Junho)</p> <p>SETOR 5 C.S.II Centro (a partir de Junho) C.S.II Itacorubi</p>
<p>SUL DA ILHA</p> <p>SETOR 6 C.S.I. Cadeira da Barra do Sul C.S.II Alto Ribeirão C.S.II Ribeirão da Ilha</p> <p>SETOR 7 C.S.I. Pântano do Sul C.S.II Armação do Pântano do Sul C.S.II Morro das Pedras (a partir de Junho)</p>	<p>SETOR 8 C.S.I. Tãoera C.S.II Caranós</p> <p>SETOR 9 C.S.I. Campeche C.S.II Itarés C.S.II Costeira Pirajubá C.S.II Seco da Limbea.</p>
<p>NORTE DA ILHA</p> <p>SETOR 10 C.S.I. Saco Grande I C.S.II Saco Grande II</p> <p>SETOR 11 P.S. Vargem Pequena C.S.II Ralones (a partir de Junho) C.S.II Santo Antônio Lisboa (a partir de Junho)</p>	<p>SETOR 12 C.S.II Ponta das Canas C.S.II Canasvieiras (a partir de Junho) C.S.II Jurerê (a partir de Junho) C.S.II Cachoeira Bom Jesus</p> <p>SETOR 13 C.S.I. Vargem Grande C.S.II Rio Vermelho (a partir de Junho) C.S.II Ingleses</p>
<p>LESTE DA ILHA</p> <p>SETOR 14 C.S.I. Barra da Lagoa (a partir de Junho) C.S.II Canto da Lagoa C.S.II Costa da Lagoa C.S.II Lagoa da Conceição</p>	<p>ATENÇÃO: A partir de 15 de maio você deve procurar um dos locais relacionados para marcar consultas e exames especializados, ao invés de ir diretamente aos PAUS do IUDAPS, além disso, você poderá obter os seguintes serviços: Nos C.S.I. Centro de Saúde II - consultas médicas em clínica geral, atendimento epidemiológico e atendimento básico de enfermagem. Nos C.S.I. (Centros de Saúde II) - consultas médicas em clínica geral, pediatria e gineco-obstétrica, atendimento odontológico, planejamento familiar, exame preventivo do câncer ginecológico, consulta com nutricionista, atendimento de enfermagem, vacinação, outros. Informações no próprio local ou pelo fone: 191.</p>

Ate hoje, em caso de necessidade, acidente, doença, você não sabia o que fazer. Agora isso mudou. O Posto de Saúde do seu bairro está orientado para atender você e sua família da melhor forma. Ali, bem perto da sua casa, você será atendido sem grande demora nem burocracia, por médicos e profissionais familiarizados com os problemas mais comuns na sua região. Em casos mais graves, o Posto de Saúde funciona como uma porta de entrada ao Sistema de Saúde, encaminhando você, quando necessário, aos serviços especializados, marcando consultas, exames e internações hospitalares, na procura da solução definitiva de seu problema. Essa mudança faz parte de uma nova orientação do Sistema Único de Saúde, no sentido de organizar ao máximo os serviços de saúde no Brasil.

Agora, sempre que precisar, procure o Posto de Saúde mais próximo da sua casa. Lembre-se: agora a saúde está do seu lado.

**A SAÚDE AGORA
ESTÁ DO SEU LADO.**

