

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES
DE UMA PROPOSTA

POR

ÁGUEDA WENDHAUSEN

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

MARÇO - 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES DE
UMA PROPOSTA

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM

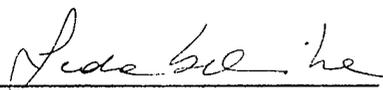
Por

ÁGUEDA WENDHAUSEN

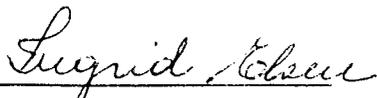
Aprovada em: 27/03/1992



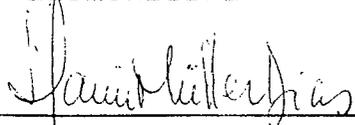
Dra. Edel Ern
Presidente



Dra. Leda Scheibe
Examinadora



Dra. Ingrid Elsen
Examinadora



Dra. Lygia Paim Muller Dias
Examinadora Suplente

ÁGUEDA WENDHAUSEN

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES
DE UMA PROPOSTA

FLORIANÓPOLIS - SC

MARÇO - 1992

" As grandes ações não cotidianas que são contadas nos livros de história partem da vida cotidiana e a ela retornam. Toda grande façanha histórica concreta torna-se particular e histórica precisamente graças a seu posterior efeito na cotidianidade. " (Agnes Heller)

Orientadora:

Prof^a. Dra. Edel Ern

Co-orientadora:

Prof^a. Dra. Maria Teresa Leopardi

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Maria Teresa Leopardi

Antes mesmo da formulação do projeto, compartilhou comigo algumas idéias com as quais me identifiquei. A partir daí, acompanhou-me, passo a passo, com a dedicação e a paciência do mestre que acredita no discípulo. "Tetê" significou e significa para mim um modelo de profissional e de pessoa, que contribuiu não só para o meu crescimento profissional, mas, também, pessoal.

À Prof^ª Dra. Edel Ern

Pela sua disponibilidade e compreensão em orientar o meu trabalho após o início das atividades de pesquisa. Sua atenção e opiniões precisas foram fundamentais para que eu caminhasse, com firmeza rumo à conclusão deste estudo.

À Profª Dra. Ingrid Elsen

- coordenadora do curso de Mestrado.

Nos vários momentos em que solicitei sua avaliação em relação a alguns aspectos do meu trabalho, o fez de modo preciso e inteligente.

À Cacilda dos Santos

- atendente de enfermagem do Posto de Assistência Primária do Imaruí.

Acompanhou-me em diversas visitas aos sujeitos da pesquisa, em seus domicílios, prestando informações extras sobre estes, o Bairro Imaruí, sua gente e sua cultura. O interesse demonstrado pelo meu trabalho denotava o quanto Cacilda desejava contribuir para a melhoria da saúde daquelas pessoas e fez-me acreditar na possibilidade de trabalhar da forma como proponho.

A meu pai, Renato

É um auto-didata que tem sido ao longo de nossa convivência, um exemplo na busca do conhecimento.

A Minha mãe, Francisca

Sempre tão disponível e preocupada em me proporcionar carinho para que chegue ao final de meus empreendimentos.

À administração da UNIVALI, na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Edison Villela, que me oportunizou a realização do curso de Mestrado.

Às professoras/enfermeiras e às secretárias do Curso de Enfermagem da UNIVALI, pela compreensão nas minhas ausências.

A "Lígia" e "Sônia", que me permitiram vivenciar o " processo educativo em Saúde ", de forma autêntica e profunda.

Aos docentes do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, que com sua competência colaboraram comigo nas suas disciplinas, fornecendo informações básicas para que se concretizasse esta pesquisa.

Ao CNPQ e CAPES pelo financiamento de grande parte do curso de mestrado.

ABSTRACT

This dissertation is concerned with the elaboration, implementation and evaluation of a conceptual mark and a nursing process for the nursing assistance to the individual in his/her health education.

The proposal for this work is based upon the view of the health/illness process as a result of the production relationship as well as of the nursing professional as an intellectual who is able to contribute to a change in people's lives and, thus, to a change in their health.

The subjects of his research were two dwellers of Imaruí district, in Iajai city - Santa Catarina. The data were collected from 1989 to 1990 by means of the "nursing process" whose steps were: data gathering, data analyses, summary of the subject's health/illness situation, planning, implementation and evaluation. The data were all collected by means of the participant of servation methodology. The data were analysed qualitatively. This was done through the

description of the meetings with the subjects of the research.

From the experience I could observe that:

- their quotidian activities represent a suitable place for the professional and the individual get to you know the basis of the most important facts concerning their lives, particularly those which interfere in the health/illness process;
- the dominant ideology passes by all thinking and acting spheres becoming an obstacle to the individual's reflections and decisions. It should be, then, the object of studies of all professionals who aim at working this way;
- the link with the subjects seems to be decisive for the human, contextualized attendance and for more accurate diagnosis and interventions.
- the steps of the health educational work should be developed in a continuous way, without being sectioned, providing both the professional and the subject with a more integrated view of life;

- student and educator experience the educational process, devising and redivising concepts and attitudes;
- the subjects have different stages of awareness which should be considered in the development of the work;
- the interaction with the subjects in their own places allows a contact with a population who do not frequently look for the health services.

SUMÁRIO

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	5
1 - A EDUCAÇÃO E A SAÚDE: ALGUMAS PROPOSTAS ENCONTRADAS NA LITERATURA	13
1.1 - O Processo Saúde-doença	13
1.2 - O Processo Educativo	22
1.3 - Educação em Saúde	28
1.4 - O Enfermeiro como Educador	43
2 - MARCO CONCEITUAL PARA ASSISTIR O INDIVÍDUO EM SUA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	49

3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE UMA PRÁTICA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE	58
3.1 - Metodologia	58
3.2 - À Prática em Educação em Saúde	67
3.2.1 - Os Sujeitos e o Processo em Enfermagem	67
3.2.2 - Análise dos Dados e Síntese da Situação de Saúde/Doença	68
3.2.2.1 - " Eu vou, eu faço, eu venço" Lígia	68
3.2.2.2 - " Eu to com três filhos, tenho que aguentá " - Sônia	94
3.3 - O Processo Educativo, os conceitos e sua possibilidade prática	116
3.3.1 - Introdução	116
3.3.2 - A posição, reflexão e ação e sua possibilidade operacional no processo educativo	120
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
- ANEXO	144

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo a elaboração, implementação e avaliação de um marco conceitual e processo de enfermagem para assistência de enfermagem ao indivíduo em sua Educação em Saúde.

A proposta foi elaborada a partir de uma visão do processo saúde/doença como resultado de produção e também do profissional de enfermagem como intelectual capaz de contribuir para a transformação da qualidade de vida das pessoas e, portanto, de sua saúde.

A implementação junto a dois sujeitos moradores do Bairro Imaruí, na Cidade de Itajaí, Santa Catarina no período de 1989 a 1990, deu-se mediante a utilização do " processo de enfermagem ", cujas etapas foram: captação dos dados, análise dos dados, síntese da situação saúde/doença do sujeito, planejamento, implementação e avaliação. A metodologia utilizada para a coleta de dados foi a observação participante. A análise dos dados foi de cunho qualitativo, utilizando-se as descrições dos encontros com os sujeitos da pesquisa.

Da experiência vivenciada junto aos sujeitos pude observar que:

- o cotidiano é um espaço adequado para que o profissional e indivíduo busquem conhecer as raízes das questões mais importantes de suas vidas e que interferem no processo saúde/doença;

- a ideologia dominante perpassa todas as esferas do pensar e do agir tornando-se um obstáculo para as reflexões e decisões dos indivíduos e, por isso, deve ser objeto de estudo do profissional que se propõe a trabalhar desta forma;

- o vínculo com os sujeitos parece ser decisivo para o atendimento humano, contextualizado e para diagnósticos e intervenções mais acuradas;

- as etapas do trabalho de Educação em Saúde devem desenvolver-se num continuum, sem serem seccionadas dando ao profissional e sujeito uma visão mais integrada da vida;

- educando e educador vivenciam o processo educativo, fazendo e refazendo conceitos e posturas;

- os sujeitos possuem diferentes estágios de consciência que devem ser observados no encaminhamento do trabalho;

- o contato com os sujeitos em seus domicílios possibilita a abordagem de uma demanda que, muitas vezes não procura os serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A Educação e a Saúde aparecem, frequentemente, como pontos fundamentais no discurso governamental, mas a prática cotidiana mostra que não só têm tido enfoque e atenção inadequados como, também, têm sido proporcionadas de maneira desigual aos indivíduos, de acordo com suas classes sociais.

Nos últimos anos tem havido intensas discussões em ambas as áreas, que questionam as políticas estatais, que privilegiam a privatização e as práticas de Saúde e Educação institucionalizadas, bem como a forma como são apropriados, socialmente, estes saberes e práticas, na dinâmica das relações capitalistas.

Como enfermeira tive, desde o início de minha carreira profissional, um interesse especial pela questão da Educação na área da Saúde - Educação em Saúde - considerando-a uma dimensão fundamental na prestação da assistência de enfermagem. Mas, se, por um lado, sentia-me gratificada por acreditar que estava contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas,

questionava, por outro lado, sua repercussão real no cotidiano dessas mesmas pessoas. Analisando a forma como encaminhava esta questão naquela época, relaciono-a, em parte, com o momento histórico que vivenciávamos. Minha formação profissional iniciou-se em meados dos anos 70 quando, tanto na área da Saúde, como na da Educação, o jargão tecnicista se fazia presente de modo contundente. Alguns dos seus reflexos nestas áreas foram, por exemplo, a ênfase na especialização, na sofisticação dos tratamentos de saúde, cada vez mais centrados no hospital, no planejamento, nas metodologias de ensino e na própria linguagem educacional. Especificamente na Educação em Saúde a questão central era a dos métodos - o como fazer. Os questionamentos que tive nesta prática específica e na prática profissional como um todo eram consequências deste encaminhamento teórico/técnico, mecanicista e seccionador.

Hoje, sensibilizada pela situação de injustiça social que vivemos em nosso país e num momento de maior maturidade profissional, meus questionamentos são de outra espécie, como por exemplo por que, para que e a quem presto a assistência de enfermagem, especificamente na educação em saúde ? Como fazer educação em saúde mais próxima das realidades nas quais vivem os indivíduos dos baixos estratos sociais ? Como fazê-la de modo que sirva de base para que as pessoas desejem a transformação de sua situação de saúde e de sua vida ?

Estes e outros questionamentos motivaram-me a desenvolver este trabalho de pesquisa no sentido de desenvolver e aplicar um marco conceitual para assistir o indivíduo através da Educação em Saúde. Busquei, assim, aprofundar o que até então vinha apenas da intuição e observação assistemática em minha prática profissional. Encontrei no materialismo histórico e dialético alguns princípios norteadores para o que se pretendia. Em MARX, busquei os determinantes do capitalismo, para entender as diferenças e lutas entre as classes sociais, o lucro desmesurado de alguns poucos em detrimento do empobrecimento de muitos outros e de como isto se reflete na saúde/doença das pessoas.

Em GRAMSCI busquei compreender melhor a posição dos intelectuais (profissionais) diante da situação referida acima. Ou seja, no caso específico do enfermeiro, como tem sido sua prática e quais as possibilidades de transformá-la para que se torne comprometida com determinado estrato social.

LEOPARDI(1985), uma profissional de minha área, já havia elaborado um ensaio teórico, cujo objetivo, entre outros, era o de refletir sobre a enfermagem e sua prática e propor um esquema conceitual para fundamentar a assistência de enfermagem ao indivíduo como ser social. Suas conceptualizações acerca do indivíduo como ser social ajudaram-me, sobremaneira, na operacionalização do marco que aqui descrevo.

A Educação em Saúde surge como um dos instrumentos para o acesso à cidadania plena, tema discutido com intensidade nos dias atuais, mas de difícil prática. Daí depreende-se que a saúde/doença deva ser entendida como processo e de modo amplo que, em última análise depende da qualidade de vida das populações, como ficou definido na VIII Conferência Nacional de Saúde.

O homem nesta perspectiva deve ser considerado como um sujeito, cujas ações cotidianas são históricas.

" As grandes ações cotidianas contadas nos livros de histórias partem da vida cotidiana e a ela retornam. Toda grande façanha histórica concreta torna-se particular e histórica precisamente graças a seu posterior efeito na cotidianidade (Heller, 1985:20).

A busca de uma consciência crítica, tendo como referencial a saúde das pessoas pode se tornar um instrumento de poder para que os sujeitos busquem melhorar suas vidas. Entretanto, a passagem de uma consciência ingênua para a crítica não pode ser forjada pelo profissional que assiste o sujeito. Deve, sim, emergir da reflexão/ação do educador e educando sobre as contradições da realidade concreta que vivenciam, enquanto homens em relação.

Assim, dentro desta perspectiva, no período de 1989 a 1990 desenvolvi este trabalho de pesquisa cujos objetivos constituíram-se em:

- elaborar e implementar um marco conceitual e processo de enfermagem para assistir o indivíduo através da Educação em Saúde.

- avaliar a assistência prestada e a aplicabilidade do marco conceitual e processo de enfermagem.

O local escolhido para o desenvolvimento prático do trabalho foi o Bairro Imaruí na cidade de Itajaí-SC.

A razão da escolha foi que em tal Bairro se desenvolve um trabalho de assistência comunitária no Posto de Saúde local, coordenado pelo Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí, onde realizo minhas atividades docentes. Embora, no momento, não atue em nenhum programa desenvolvido no referido Posto, já existe um vínculo importante entre os docentes do Curso de Enfermagem e a comunidade local, o que facilitaria o desenvolvimento do trabalho. Além disso tenho a pretensão futura de ampliar este trabalho à população daquele bairro.

O Imaruí compreende o Imaruí de Dentro e Imaruí de Fora, delimitando-se ao Norte pelo Rio Itajai-açú, ao Sul pelo Parque Industrial da CORENA e Rio Itajai-açú e a Oeste pela Rua Leodegário Pedro Silva.

Segundo Gonçalves (1990), em agosto de 1988 esta comunidade era composta por 376 domicílios, num total de, aproximadamente, 2100 habitantes. Uma importante característica deste Bairro é que, sendo à beira-rio, há casas e barracos que avançam em direção à margem do rio e são frequentemente atingidos pelas altas da maré.

Em seu diagnóstico sobre essa comunidade, Gonçalves (1990) chegou aos seguintes resultados, entre outros:

- Há predominância de uma população jovem, na faixa etária de 0 a 20 anos.

- O crescimento do Bairro é recente, pois 57,4% da população moram no bairro de meses a 7 anos, somente.

- 84,56% da população nunca estudaram ou possuem o 1º grau incompleto, apresentando, portanto, baixo grau de instrução.

- O emprego doméstico é a ocupação de maior frequência

- A renda familiar situa-se, com maior frequência entre os que ganham até 2 salários mínimos, o que retrata o baixo nível sócio-econômico.

- As instalações sanitárias são insuficientes para todos os domicílios, havendo no mangue valas abertas para o esgoto.

- Os problemas de saúde mais incidentes entre os moradores são: a verminose, a pediculose, a bronquite, a pressão alta, o alcoolismo e as alergias.

- Os problemas do bairro mais significativos para os moradores foram: falta de calçamento, poeira e barro, falta de telefone público, falta de Ônibus, altas da maré, falta de esgoto, brigas entre os moradores, falta de policiamento.

A partir desses dados foi possível delinear o projeto de assistência e encaminhar a prática ora apresentada.

O presente trabalho consta de 4 capítulos. No capítulo I, há uma revisão bibliográfica acerca do processo saúde/doença, processo educativo e da Educação em Saúde, bem como da prática do enfermeiro como profissional e educador, tentando localizá-las historicamente, perceber seus desdobramentos, delimitando assim, a linha teórico-filosófica que guiou minha prática.

No capítulo II, apresento a proposta teórica - marco conceitual - sobre o qual direciono minha prática e a operacionalização através do "processo enfermagem".

No capítulo III descrevo a metodologia utilizada para relatar e analisar a experiência vivenciada. Ainda no mesmo capítulo, descrevo e discuto os dados coletados junto aos 2 sujeitos selecionados para o relato, utilizando a abordagem qualitativa.

No capítulo IV faço as considerações finais a respeito da experiência no sentido de sua contribuição para a prática de enfermagem e como fator de transformação para minha vida profissional.

1 - A EDUCAÇÃO E A SAÚDE: ALGUMAS PROPOSTAS ENCONTRADAS NA LITERATURA

1.1 - O Processo Saúde-doença

Considerando o marco teórico que embasa o presente trabalho, apóio a análise do processo saúde/doença em dois pontos básicos:

1 - O processo saúde/doença é resultado de uma realidade concreta mais ampla que é determinada, basicamente, pelo modo de produção vigente, no nosso caso, o capitalismo.

2 - O processo saúde-doença como um todo apresenta-se diferenciado, dependendo da classe social em que se encontra o indivíduo.

Para analisar o primeiro aspecto é preciso perceber, com clareza, qual é a realidade concreta e qual seu impacto sobre o processo saúde/doença. Uma forma de visualizar a situação atual de saúde/doença pode ser a partir de um corte históri-

co, tomando-se como referência as práticas e políticas desenvolvidas no período que antecede a Nova República.

Segundo Braga & Paula (1981:66-76) " o final dos anos 50 e principalmente o início da década de 60 assistem a uma substancial expansão da assistência médica previdenciária, no que viria a ser um novo padrão de atenção a saúde no país". Os mesmos autores resumem este período da seguinte forma:

" quando se dá a entrada no Brasil da etapa de acumulação industrial, ou seja, a formação no interior da economia de um setor de produção de bens de capital interrelacionado com a diversificação do consumo, dá-se também, a constituição capitalista de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado, via arrecadação previdenciária. O crescimento deste setor se dá a taxas maiores do que o restante da economia, como decorrência tanto do movimento interno, como das pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalização do sistema previdenciário".

Esta "atenção previdenciária" caracteriza-se, por uma prestação dos serviços de assistência feita, cada vez mais, por instituições privadas; centramento no sistema hospitalar, com grau elevado de utilização de equipamentos e fármacos; utilização de mão de obra técnica e especializada; emprego, de tecnologia de ponta, tanto na prestação como na produção do ato médico.

O enfoque do processo saúde/doença, nesta fase privilegia somente o aspecto curativo e, embora já houvesse avanços teóricos no sentido de explicá-lo multifatorialmente, a prática técnica e atomizada gera um distanciamento das verdadeiras causas que o determinam.

Como consequência deste investimento maciço na medicina previdenciária, responsável pela saúde curativa e restrição de recursos para o Ministério da Saúde, responsável pelas ações de caráter coletivo, ocorre, segundo Braga & Paula (1981:98), "o agravamento nas condições de saúde da população" corroborado pela piora na distribuição de renda e perda do poder de compra do salário mínimo. Com efeito, chega-se a 1973 com um quadro de saúde pública muito grave, configurado pela conjugação de enfermidades crônico-degenerativas ao lado de infecto-contagiosas, pela ocorrência nos centros urbanos de endemias rurais, como a Doença de Chagas; pelo retorno da tuberculose como enfermidade significativa nacionalmente; pela presença da desnutrição e o registro de

altas taxas de mortalidade infantil .

Em meados dos anos 70 começa a se delinear uma crise no governo instalado após a Revolução de 1964. Os setores civis começam a se reorganizar. Paralelamente à impotência crescente da medicina previdenciária, as demandas populacionais por assistência à saúde aumentam, fatos estes que vão desembocar na necessidade de racionalização dos serviços de saúde através do discurso governamental voltado às políticas sociais, à extensão de cobertura, como forma de barganha com a classe operária. Como afirma Faleiros (1980:41-42), " nas sociedades capitalistas avançadas, as medidas de política social são mediações para reproduzirem a força de trabalho, segundo o processo da fração hegemônica da burguesia: burguesia monopolista ", tendo como característica básica o " estímulo à demanda e subvenção de empresas " .

Pode-se dizer, então, que de certo modo, os avanços conseguidos pelos trabalhadores em relação à saúde-doença se apresentam como " concessões " da burguesia que, ao final, consegue manter a mesma estrutura que gera os problemas. No caso específico do setor saúde, não é, pois, a doença que trará mais indivíduos a consumir serviços, medicamentos, equipamentos e gerará finalmente o lucro neste setor da economia ? O Estado, no papel de gerador destas políticas, se apresenta como protetor dos fracos, como meio de satisfazer as necessidades sociais, pelas medidas legais que compensem

as fraquezas dos indivíduos, pela introdução dos direitos sociais (Faleiros, 1980:43).

Outro desdobramento das políticas sociais no Brasil é que se tem atribuído ao indivíduo e seu *modus vivendi* a responsabilidade por sua saúde o que, segundo Waitzkn (1980:18-19),

"... obscurece importantes fontes e doenças e mutilações encontradas no processo de produção capitalista e no ambiente industrial. Além disso coloca o fardo da saúde diretamente sobre o indivíduo, ao invés de buscar soluções coletivas para os problemas de saúde ".

Quanto ao modo desigual como se estabelece o processo saúde/doença nas diferentes classes sociais, há dados revelando tal distribuição. Antes, porém, cabe situar, de que classes sociais estou falando.

Para Singer (apud Barros, M. B. de A., 1986:271) " existem, no Brasil, duas classes fundamentais: burguesia e proletariado, isto é, proprietários e não proprietários dos meios de produção ".

Com o crescimento do capitalismo, a divisão de classes tornou-se cada vez mais complexa e extensa.

Do ponto de vista da relação com os meios de produção, Srour (1987:149) identifica 5 classes sociais no Brasil, as quais estão especificadas no quadro abaixo:

CLASSES SOCIAIS	ESPECIFICAÇÃO
EMPRESÁRIOS (BURGUESIA) E LATIFUNDIÁRIOS	PROPRIETÁRIOS COM FUNÇÕES GESTORAS OU SEM ELAS
GESTORES (DIRIGENTES)	GESTORES NÃO PROPRIETÁRIOS
TRABALHADORES AUTÔNOMOS (PEQUENOS PROPRIETÁRIOS)	TRABALHADORES PROPRIETÁRIOS
TRABALHADORES E CAMPONE- SES DEPENDENTES	TRABALHADORES NÃO PROPRIETÁ- RIOS
LUMPESINATO	AGENTES SOCIAIS FORA DE QUAL- QUER CIRCUITO PRODUTIVO

Adaptado de Srour (1987:149)

A observação de dados estatísticos de imediato, pode fazer crer que a saúde do brasileiro, em geral, tem melhorado nas últimas décadas. É preciso, porém, olhar para além das aparências. Por exemplo, tomando o indicador esperança de vida ao nascer, percebe-se que houve um aumento de 53.4 anos

para 60 anos, de 1970 a 1980. Entretanto essa melhoria não se deu igualmente em toda a população. Sabe-se que o operariado que ganha até 1 (um) salário mínimo tem uma vida média 15 (quinze) anos menor do que desfrutam os que ganham mais de 5 (cinco) salários mínimos (Rosário Costa e Cols, 1986:37).

A mortalidade infântil é outro exemplo importante a ser analisado, pois revela-se como um dado dos mais sensíveis às condições de vida, já que menores de 1 (um) ano são mais suscetíveis às condições de alimentação, moradia e saneamento. A mortalidade infantil tende a ser menor nas áreas mais favorecidas por maior acesso a empregos, bens e serviços públicos. No Rio de Janeiro, por exemplo, o qual foi dividido em três áreas: capital, região metropolitana e interior, em 1980, o número de óbitos por 1000 nascidos vivos foi de 42,3; 60,5 e 65,5, respectivamente (idem, ibidem).

Então, o acesso à saúde que se constitui num bem, se dá, não segundo as necessidades do indivíduo, mas de acordo com a posição que ocupa no processo produtivo. Leopardi (1986:57) aponta uma importante contradição sobre este aspecto que se evidencia da seguinte forma: "os indivíduos são indiferenciados quanto ao atendimento objetivo (tratamento da tuberculose, do câncer, da esquizofrenia, etc), porém, são diferenciados quanto à utilização dos recursos técnicos e mesmo quanto ao tempo dispendido,

aréa física, etc. Se a saúde é compreendida apenas como compromisso, pessoal cada um utiliza a alternativa que deseja para seu tratamento (pseudo-liberdade), como se tivesse uma possibilidade concreta de escolha entre uma consulta no INAMPS e uma consulta particular".

Outro aspecto a ser analisado é o das políticas sociais, especificamente as da saúde, que atuam de modo a reproduzir a força de trabalho e, junto com ela, a situação de classe e as desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista. Isto se dá "por intermédio do próprio sistema de organização da política social: 1) a institucionalização discriminatória, fragmentada e dominadora da política social; 2) a forma de prestação de serviços e dinheiro vinculada à manutenção da situação de classe" (Faleiros, 1980:68).

Deste modo, creio, é preciso repensar o processo saúde/doença, vinculando-o a determinantes concretos. Os debates que antecederam a VIII Conferência Nacional de Saúde e a própria conferência foram importantes momentos de reflexão sobre o tema, o que resultou, entre outros, numa nova conceituação do processo saúde-doença o qual

"em seu sentido mais abrangente, é resultante das condições de alimentação, habilitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra, acesso aos serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida".

E, ainda, ligada ao contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (relatório final a VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986: 117).

Entendida na forma de processo, a saúde/doença, não se dá de modo estanque, mas resulta de uma sucessão de estados ou de mudanças. Um indivíduo ou comunidade não se tornam doentes de um dia para o outro. A saúde e a doença não existem como elementos separados, mas como um estado único em que estes dois elementos, se interpenetram, tornando-se difícil definir onde começa um e acaba o outro. Na verdade não existe alguém totalmente sadio ou totalmente doente.

O processo saúde-doença é algo em que se deve intervir unitariamente ou seja, sem as dicotomias que têm separado prevenção e cura, hospitais e postos de saúde e que visualizam o indivíduo como se fosse depositário de uma doença que,

em se lhe "retirando", não o é mais. Da mesma forma não basta dar informações ao indivíduo "deseducado" sobre os cuidados que deva ter com sua saúde, para que isto modifique seu comportamento. A visão mecânica destes fenômenos tem-nos privado de visualizá-los do modo processual como ocorrem, ou seja, em movimento, em transformação.

As mudanças só se tornam concretas com as ações dos homens sobre o meio. Concomitantemente, porém, deve haver mudanças ao nível das consciências desses mesmos homens, que ao visualizarem as contradições no processo saúde-doença, poderiam contribuir para a construção de uma realidade mais justa. Isto porém não ocorreria de modo espontâneo, seria necessária uma ação intencional nesse sentido.

Vejo, assim, o processo educativo como uma das possibilidades de intervir na realidade dos indivíduos, contribuindo para a transformação de suas condições de vida e saúde.

1.2 O Processo Educativo

Como acontece na saúde-doença, o processo educativo no Brasil, tem uma relação com o estado-capitalista que merece ser analisada.

Segundo Saviani (1987:164), que classifica as fases da educação brasileira em diversos períodos, em meados de 1930, percebe-se uma tentativa da burguesia de, por intermédio do Estado, "educar" o povo, para que ao votar escolhesse "bem" seus representantes, isto é, conforme os critérios da classe no poder. A campanha pela "escola universal, obrigatória e gratuita" surge como política social do Estado, como forma de manter a hegemonia dessa classe.

Ocorreu que, contraditoriamente, começaram a aparecer os interesses antagônicos entre o povo e seus dirigentes. O povo mais educado, então, não sabia votar pois não o fazia de acordo com as expectativas da classe dirigente.

O movimento da Escola Nova (1945 - 1960), cujo centro eram os interesses dos alunos e sua psiquê, segundo Saviani (1987:166) fracassa porque fica restrito a certos tipos de escola. Para este autor, revela-se, aí, uma contradição: enquanto o discurso dessa tendência era o de atender o interesse de todos, ela fica restrita a uma elite, já que a ênfase no ensino individualizado demandava custos muito altos.

Não havendo a penetração esperada do escolanovismo, surge após a segunda guerra mundial, o terceiro movimento, o qual preconiza a ampla utilização dos meios da comunicação de massa. Novamente, aqui veem-se desarticulados, entre si, aspectos sociais, políticos e econômicos, os quais começavam a ser

considerados no final dos anos 50 (Saviani 1987:167). São atendidos interesses dominantes em nome do avanço tecnológico dos E.U.A e passa a ser enfatizada a mão de obra técnica através do incremento da força de trabalho, tendência esta consolidada pela lei de profissionalização em nível de 2º grau (Lei nº 5692/71). Esta ênfase na profissionalização, somada à eficiência técnica, levou o trabalhador a um grau mais acentuado de alienação, tanto em relação ao seu trabalho (cada vez mais fragmentado), quanto ao processo político por que passava o país.

Retomando o exposto anteriormente quanto ao processo saúde/doença, percebe-se também, na educação, que o discurso da classe dominante intermediado pelo Estado é o de atender aos "interesses de toda a sociedade" o que traduz, justamente, a pretensão e a busca de hegemonia pela classe dominante ou seja, a obtenção do consenso: quer dizer, proposição de metas que sejam vistas não apenas por ela como desejáveis, mas pela sociedade em seu conjunto; portanto proposição de metas que sejam consideradas desejáveis também pelas outras classes e frações de classes.

A hegemonia apresenta-se como um mecanismo através do qual a classe dominante consegue manter e perpetuar seus valores. É necessário, então, analisar como esta ocorre e qual sua relação com o processo educativo. Para tanto busquei abordar a questão cultural e como se apresenta sua apropria-

ção no processo produtivo.

Pinto (1987:36) refere-se à educação como um fenômeno da cultura e, como tal lhe pertence em dois sentidos:

1 - " como um dos produtos ideológicos da cultura ".

2 - " como processo produtor e transmissor da cultura ".

Por sua vez a cultura consiste, em sua essência, no processo de produção, conservação e reprodução de instrumentos, idéias e técnicas. E o que caracteriza o processo cultural como um todo é a direção tomada pelo mesmo. Considerando mais especificamente a situação brasileira, poder-se-ia mesmo dizer que essa apropriação dos instrumentos, idéias e técnicas culturais se dá de maneira diferenciada nas diversas classes sociais. Isto caracteriza, de certa forma, uma direção cultural (Saviani 1987: 123).

Assim, grupos minoritários que têm acesso a um universo cultural mais elaborado, consideram-se aptos a " pensar " por toda a sociedade, enquanto aos outros cabe o fazer (considerado não tão nobre) e isto com base nos ideais da classe culta ! . Esta separação acaba por garantir a hegemonia da classe dominante pois, onde não há instrumentos para proceder a ligação entre o pensar e o fazer, pode-se novamente desarticulá-los do contexto tornando, dessa forma, mais alienado,

o indivíduo. Para Scheibe (apud Kuntzer 1987:123-4),

"... a classe trabalhadora operária a quem alienação é desconfortável, e que tem no trabalho, pelo seu próprio caráter articulador de teoria e prática, o impulso à busca da totalidade, vê-se impedida de fazê-lo porque lhe é negado o acesso aos instrumentos teórico-metodológicos".

Uma das formas de transformar esta situação pode ser então através de um processo educativo intencional, o qual permitiria ao educando desnudar a realidade através do acesso ao saber socialmente produzido.

Este processo educativo é crítico e histórico. Isto significa que permite ao educando relacionar fenômenos ao contexto individual e ao contexto sócio-político e econômico vivenciado cotidianamente. O ato educativo acontece numa sucessão de fenômenos de modo a instrumentalizar ações conscientes nos educandos.

A noção de consciência precisa, então, ser explicada para compreensão e intervenção no processo educativo. Conforme Pinto (1987:59) a consciência seria a representação mental que o sujeito tem de si e pode ser de dois modos - a consciência ingênua e a consciência crítica.

" A consciência ingênua é aquela que não inclui em sua representação da realidade exterior e de si mesma, a compreensão das condições e determinantes que a fazem pensar como pensa. Não inclui a referência ao mundo objetivo como seu determinante fundamental ",

reflete sobre si, apenas introspectivamente, sem relacionar-se com a totalidade objetiva que sobre ela influi.

" A consciência crítica é a representação mental do mundo exterior e de si, acompanhada da clara percepção dos condicionamentos objetivos que a fazem ter tal representação. Inclui necessariamente a referência à objetividade como origem de seu modo de ser, o que implica compreender que o mundo objetivo é uma totalidade dentro da qual se encontra inserida. Quando reflete sobre si, percebe seu conteúdo acompanhado da representação de seus determinantes objetivos. Estes pertencem ao mundo real material, histórico, social, nacional no qual se encontra ".

A Educação em Saúde pode ser um dos instrumentos utilizados pelo profissional da área da saúde no sentido de contribuir para a construção de uma consciência crítica no sujeito individual e coletivo. Nesse sentido é necessário rever o modo como se vem atuando historicamente nesta área e vislumbrar uma forma de fazer uma educação em saúde mais intencional e transformadora.

1.3 - A Educação em Saúde

A Educação em Saúde desenvolveu-se, ao longo da história, em consonância com as políticas de saúde que vêm sendo implementadas. Sua conotação ideológica, portanto, a partir do processo de industrialização, no nosso caso específico, é ligada à ordem capitalista. Assim é que

" a partir dos anos 20 a educação sanitária encontra grande possibilidade de desenvolvimento através do Estado. A "higiene social" ofereceu aos dirigentes nacionais os argumentos necessários para responder às consequências humanas decorrentes da implantação da ordem capitalista no País. Então, as causas das doenças e da pobreza eram atribuídas à resistência das classes populares em utilizar as normas de asseio, moral e bons costumes. "(Rosário Costa, 1984:15).

Neste momento a urbanização crescente exigia medidas sociais, as quais foram assumidas pelo Estado. Com a consolidação do capitalismo, a assistência à saúde passa a ter cada vez mais um cunho individualizado, baseado no modelo americano.

A educação sanitária acompanha esta tendência, inclusive presente na área de educação. Para Cardoso de Melo (1984), a educação sanitária se baseava no escolanovismo e tinha como preocupação educar para a vida e para a saúde.

O escolanovismo como tendência educativa, em última análise, acaba por colocar no sujeito, e somente nele, a responsabilidade por seu crescimento individual. Isto trazido para a educação sanitária acabou por desvincular os determinantes do processo saúde/doença dos fenômenos sociais, decorrentes das novas relações de produção que se estabeleciam a partir daquele momento.

As primeiras experiências com centros de saúde como irradiadores de medidas preventivas e educativas foram realizados nos E.U.A, bem como a criação da primeira escola de saúde pública, para a qual se dirigiram os médicos brasileiros, financiados pela Rockefeller Foundation (Cardoso de Melo, 1984:34).

A partir de 1942, consolida-se a influência norte-americana nos serviços de saúde, após o acordo para exploração de borracha, minérios, produção de alimentos e a criação (pelos americanos) da Fundação SESP. Os profissionais brasileiros vão se especializar em "Health Education", nos E.U.A. Era preciso dar ao homem rural instrumentos para sua integração ao processo de desenvolvimento. É enfatizada a educação de adultos, que tinha como finalidade a modernização da agricultura e preparo da mão-de-obra para as indústrias que ora vão se implantando. A educação sanitária acompanha os programas de saúde que vão se interiorizando, acompanhando o processo de modernização com a educação rural (Cardoso de Melo, 1984:34).

A Fundação SESP tem grande influência na ideologia do desenvolvimento de comunidade, participação comunitária e educação de grupos. Influi também na mudança curricular da Faculdade de Higiene e Saúde Pública que agora incorpora os fatores sócio-econômicos e culturais na maneira de perceber e explicar a saúde/doença. A educação sanitária deve considerar estes fatores que se constituem em barreiras para a ação educativa. Mesmo assim, a doença ainda é percebida como "fenômeno individual" e a Educação em Saúde como solução para prevenir doenças e ganhar saúde.

No final dos anos 50 os movimentos sociais ganham espaço. Críticas começam a ser feitas tanto à saúde, como à educação. Com a reabertura da Faculdade de Saúde Pública da USP, as ações educativas não competem mais a professores primários, mas a todos os profissionais universitários da equipe de saúde. O processo saúde-doença, deve ser compreendido na sua multicausalidade, mas a solução ainda é dada pela educação em saúde pública.

Após a revolução de 64, porém, estes profissionais encontram barreiras para uma prática mais social. As questões sociais são da ordem da segurança nacional. A nova ordem econômica que continua a privilegiar o capital, agora principalmente o estrangeiro, vê a saúde e educação como setores de investimento (Cardoso de Melo, 1984:37-38).

Para este mesmo autor, a partir de 1975, inicia-se um período de críticas à Educação em Saúde. Estas se fazem a partir de novembro de 1974, com a vitória do único partido de oposição naquele momento (o Movimento Democrático Brasileiro), quando as oposições encontravam-se mais fortalecidas. Diante desta crise de legitimidade, o discurso oficial incorpora, então, a participação comunitária como forma de aliviar tensões.

A Educação em Saúde tem percorrido até aqui um caminho consoante às propostas do Estado, sendo apontada com "solução para todos os males", impedindo a população de refletir sobre os reais determinantes de sua saúde/doença. A forma como vem sendo encaminhada, de um lado, torna os indivíduos cada vez mais dependentes e incapazes de refletir sobre as incoerências das ações governamentais que presenciam e de, outro, proporciona a estes indivíduos conhecimento, que de uma ou de outra forma pode, contraditoriamente, torná-los mais conscientes de sua condição.

Outro aspecto a ser considerado é que da mesma forma como a saúde/doença e educação, discutidas anteriormente, a Educação em Saúde sempre foi encarada como uma responsabilidade somente do cidadão, ou seja, depende de sua vontade e capacidade de aprender e não de suas condições de vida e posição social.

E foi justamente do interesse do Estado desvincular as causas da crescente pobreza e deteriorização das condições de vida do brasileiro do modo de produção capitalista. Esteve, portanto, a Educação em Saúde, sempre a serviço da classe dominante no sentido de firmar sua hegemonia.

Essa hegemonia "decorre do sistema de alianças que a classe dirigente consegue estabelecer em torno de seus propósitos e da adesão a esses propósitos que parte da população

em geral, que os toma como se fossem ao encontro de seus interesses coletivos e não dos interesses particulares da classe no poder ", (Paro, 1986:86). Aponta ainda este mesmo autor, que " a concretização da hegemonia de uma classe social deve incluir necessariamente a difusão da ideologia dessa classe determinada " .

A Educação em Saúde, comumente praticada, tem preservado os valores de saúde da classe dominante, levando em consideração apenas determinados aspectos, que por assim dizer, acabam por manter a ordem vigente. Por exemplo, para um cliente obeso é feita a prescrição do que deve ou não comer para diminuir seu peso, prescrição esta baseada nos valores da classe a que pertence o profissional que o atende. Existe, também, preocupação com as causas psicológicas da obesidade, como a ansiedade, por exemplo, que devem ser combatidas. Não existe, porém, uma preocupação em buscar causas conjunturais que levam o indivíduo a estar ansioso. O cliente até poderá chegar a entender seu problema e quiçá, saná-lo, mas o perceberá somente de modo individual e dificilmente conseguirá associá-lo a sua condição de vida ou classe social.

Não se pode negar a importância da Educação em Saúde, mas é preciso resgatar seu real valor para a população. Nesse sentido, cabe, de um lado, ao profissional de saúde (e cidadão) tentar desvendar a realidade do cotidiano, de modo a construir junto com os indivíduos a quem assiste uma visão

mais concreta acerca dos determinantes de sua saúde/doença e de sua própria vida. De outro lado, devem, (profissional e comunidade), no seu conjunto, participar da luta pela efetivação da melhoria nas suas condições de vida, cuja responsabilidade deve ser do Estado, tal como definida na conferência de Alma-Ata, em 1978.

A Educação em Saúde figura como o elemento mais importante nos cuidados primários de saúde * os quais foram identificados como sendo a chave para a meta "Saúde para todos no ano 2.000" (Green:1983).

Embora a Educação em Saúde figure junto com outras tantas ações de saúde preconizadas pela Organização Mundial de Saúde como essenciais, acredito que a educação esteja embutida em todos os cuidados de saúde. Considero-a elemento chave para a participação, a co-responsabilidade e auto determinação das comunidades.

* Segundo documentos da Organização Mundial da Saúde referente a reunião de Alma-ata (apud Nozawa e cols, 1980:100) cuidados primários são os cuidados essenciais de saúde fundados nos métodos e técnicas práticos, cientificamente válidos e socialmente acessíveis, tornados socialmente acessíveis aos indivíduos e famílias na comunidade graças a sua plena participação e a um preço que a comunidade e país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de auto-confiança e auto determinação".

A participação existe quando os indivíduos/grupos, inter-
vêm efetivamente nos processos que constituem ou modificam a
sociedade na sua história, ou seja, têm parte na produção, na
gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade. Daí parecem
emergir os outros dois conceitos - co-responsabilidade e au-
to-determinação os quais são, respectivamente, a capacidade
de responder conscientemente, em conjunto com outros agentes,
pelos processos sociais e a capacidade de decidir por si mes-
mo.

O processo educativo, seja ele específico ou não, quando
exercido de modo intencional pode gerar organização e ampliar
as condições de cidadania da população, conseqüentemente mo-
bilizando-a para seus enfrentamentos e ações no sentido de
contribuir para melhoria da sua qualidade de vida. Este é um
processo que exige co-responsabilidade, auto determinação e
participação, elementos que existem na medida em que os indi-
víduos possuem conhecimento da realidade que os cerca, no ca-
so, específico, da realidade de saúde.

Não quero dizer que a Educação em Saúde " de per si " le-
ve a estes estados; estaria incorrendo no mesmo erro da Edu-
cação em Saúde tradicional, que desvincula um ato dos de-
mais. Quero dizer que são necessárias outras condições obje-
tivas, sócio-político-econômicas e culturais para que ocorra
a participação da população nas decisões quanto aos destinos
de sua vida, dentre os quais figura a saúde. Observo, no en-

tanto, que a educação enquanto instrumento de saber, pode levar o indivíduo/comunidade a ter mais poder de intervenção nos fenômenos que o rodeiam.

Em trabalho realizado sobre a participação comunitária, a OPS (1984:33-5) apresenta algumas conclusões sobre o tema, dentre as quais destaca: a participação da comunidade na saúde se produz quando há consequência entre o sistema de saúde e os interesses da comunidade e aumenta quando o sistema ajuda a comunidade a resolver seus próprios problemas, melhorando o acesso aos recursos e aos conhecimentos, empregando mecanismos próprios da comunidade.

Refletindo sobre esta afirmação, posso constatar que a realidade brasileira, nos mostra planos de saúde que enfatizam a participação comunitária na saúde e, contraditoriamente, apresenta uma estrutura de saúde e atitudes autoritárias que nada favorecem o crescimento da comunidade na busca de melhores condições de vida e saúde. Para Duarte (1984:19), a desnutrição, as enfermidades transmissíveis, as péssimas condições sanitárias, a falta de educação e cultura das populações marginalizadas e subdesenvolvidas e a repercussão direta destes fatores no estado de saúde da população não advêm somente da apatia das comunidades ou de sua pouca participação. Pensar assim é irracional e ilógico pois " as comunidades formam parte indissolúvel e importante do sistema social, da nação, do país ".

São, portanto, as condições de vida em sua totalidade que podem determinar mudanças de atitudes dos indivíduos em relação a sua vida e conseqüentemente à sua saúde.

Pilon (1986) ao discorrer sobre Educação em Saúde critica o modo como vem sendo encarada. Diz que geralmente incorre em dois erros; ou é superficial, se atendo somente aos fundamentos teóricos do processo educativo ou é vista parcialmente através de teorias específicas. Acha portanto necessário recuperar a visão de conjunto, compreendendo o homem em seu projeto de vida: ou leva à transformação total do homem e de seu projeto de vida ou a nada leva.

Conquanto o trabalho deste autor suscite críticas - trata a população de modo muito amplo, sem levar em conta as classes sociais e seu enfoque parece destacar que a transformação depende quase que exclusivamente das comunidades - é importante esta visualização mais ampla da Educação em Saúde. Ela é tomada como um elemento, entre tantos outros, que levam à saúde e deve interferir de modo global na vida do indivíduo e sua comunidade, isto é, levar em conta o contexto.

Outro aspecto importante, destacado pelo autor, é que a Educação em Saúde não é algo que se faça de modo estanque. Quero dizer, o indivíduo que vai ao Posto de Saúde com diabetes, não sai de lá após 2 ou 3 orientações entendendo toda a problemática que o envolve. A educação pressupõe um processo.

Segundo Pilon (1986:394), é parte do processo de desenvolvimento cultural, social, político e econômico. Consegue afirmar-se por etapas, a longo prazo, e seus ganhos são mais qualitativos que quantitativos.

Embora esse tipo de visão já há algum tempo venha sendo divulgado e ainda que existam práticas concretas com este discurso na América Latina e no Brasil, na enfermagem poucos trabalhos teóricos e/ou práticos enfatizam a Educação em Saúde como instrumento político capaz de, em última análise, influir na qualidade de vida da população. Este fato confirma-se através do levantamento das produções científicas em Educação em Saúde, na área de enfermagem.

Estudos como os de Silva (1985), Vargas (1983), Candeias (1981), Domingues (1981), Kamiyama (1982), relatam experiências de Educação em Saúde em diversas áreas da enfermagem. O fio condutor destes estudos é como provocar uma mudança eficaz de comportamento nas pessoas em relação ao tipo de problema que apresentam. Por exemplo, em Silva (1985:290), lê-se como objetivos de um Programa de Assistência Ambulatorial de Enfermagem para Clientes Diabéticos:

- " 1 - motivar a cliente/família para o tratamento ambulatorial no sentido de evitar complicações, estimulando o autocuidado e a continuidade do tratamento;
- 2 - proporcionar orientações referentes à

doença; 3 - habilitar cliente/família na administração de insulina... "

Os demais objetivos referem-se à equipe de enfermagem e ao próprio serviço.

Não há em nenhum momento destes estudos um relacionamento do modo de vida, classe social e do próprio contexto político, com fatores determinantes para o aparecimento da diabetes. E, ainda, a terapêutica leva em consideração o que precisa ser modificado, mas considera pouco ou não considera quais as condições de vida do cliente, que lhe permitam tal mudança.

Outro ponto a considerar neste tipo de trabalho educativo é que ele atinge somente a demanda que busca consulta médica, não indo em busca daquela (provavelmente a mais carente) que por razões inúmeras, nem chega às portas das instituições de saúde.

Já os trabalhos de Velásques e Cols (1986), Rezende e Col (s/d) demonstram em suas revisões de literatura, de um ou de outro modo, preocupações em relacionar a saúde com as questões sociais. Não há, porém, ao longo do relato das experiências, momentos em que isto se concretiza. Por exemplo, para Velásques e Cols (1986:19), o processo educativo terá êxito se estiver de acordo com a realidade local e se a comuni-

dade despertar para a necessidade de participar deste processo, mas, ao relatarem sua experiência, em nenhum momento foi dito como procederam em relação a problemas levantados junto a moradores, tais como: "falta de calçamento na rua, falta de organização dos moradores, presença de roedores, etc...". Não fica clara, portanto, em nenhum dos trabalhos, a relação da saúde com os determinantes sociais e muito menos, qual a implicação prática disto.

Também o trabalho de Rezende (s/d) relata uma experiência de elaboração de uma cartilha de saúde de modo participativo e ressalta que,

"o desvendamento das condições objetivas de vida da população constitui-se numa práxis que deve ser exercitada não só pela população, mas também pelo educador de saúde. O caráter paternalista e autoritário educação em saúde tradicional, na maioria das vezes, não é uma atitude consciente do educador, ou seja, ele não atingiu ainda a passagem da consciência ingênua à consciência crítica".

Na elaboração da cartilha porém, ao que parece, foram somente colocados aspectos relativos às doenças presentes na escola e à sexualidade, não havendo em nenhum momento alusão à realidade social, caracterizando uma visão idealista de que

a questão de busca à saúde está somente ligada à participação popular, por assim dizer espontânea, em que são valorizadas crenças e valores da população.

No trabalho de Silva Pinto e Cols (1983) existe uma tentativa mais clara de relacionar teórica e praticamente os determinantes sociais para a saúde. Assim é que

"a partir da análise de programas de Assistência de Enfermagem à comunidade, já desenvolvidos, constatou-se a presença de ações puramente assistencialistas que não determinam modificações no "status quo" e, assim, não produzem mudanças nos problemas apresentados pelo grupo assistido. Na tentativa de estabelecer uma nova abordagem nas ações de enfermagem, partiu-se para desenvolver uma metodologia de assistência capaz de transformar o nível de consciência social da população envolvida".

Embora o estudo mostre somente uma parte do trabalho prático, percebo que houve, por parte dos profissionais, clareza entre o que propuseram teoricamente e o encaminhamento prático.

Em trabalhos bem mais recentes, Ide e Chaves (1990), tentam caracterizar a trajetória da saúde e educação enquanto práticas sociais e Queiroz e Egry (1988) vão além disso, propondo bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Para estas últimas o processo saúde-doença é socialmente determinado pois as transformações sociais ocorridas em um dado momento histórico geram transformações na saúde, tanto na sua estrutura como no sistema de saúde. Ao proporem, portanto, as diversas etapas do método, prevêm em que momentos o cliente e profissional visualizam a realidade concreta, relacionando-a com o contexto sócio-econômico, político e cultural e traçando planos coerentes.

Vejo este último estudo como uma das primeiras tentativas da enfermagem em avançar na prática de uma Educação em Saúde mais comprometida. Só a experiência e suas constantes reavaliações mostrarão de que modo poderemos encaminhar esta nova forma de fazer educação.

Neste sentido é preciso também reavaliar qual tem sido a prática do enfermeiro e, principalmente, seu compromisso social e de como deverá ser o profissional que faz a Educação em Saúde do modo em que acredito.

1.4 - O Enfermeiro como Educador

O trabalho do enfermeiro, hoje, tem uma característica predominantemente intelectual, ocupando-se das funções de pensar a assistência de enfermagem. Então, ou é administrador da assistência, cumprindo, na verdade, um papel mediador no controle sobre os demais membros da equipe de enfermagem*, ou é aquele que pensa e prescreve a assistência que os demais, geralmente, executam.

Com base em Gramsci (1988:07) e Paro (1986:91) pode-se concluir que o enfermeiro é um intelectual - posto que tem na sociedade um papel de intelectual. Cabe-lhe, portanto, estabelecer o vínculo entre estrutura (econômica) e superestrutura (jurídica, religiosa, etc.). Segundo Gramsci (1988:10-11),

a " relação entre os intelectuais e o mundo da produção não é imediata, mas é mediatizada, em diversos graus, por todo o contexto social, pelo conjunto das superestruturas do qual os intelectuais são precisamente os funcionários ".

* - atualmente existem 4 elementos na equipe de enfermagem: o enfermeiro - formação universitária; o técnico de enfermagem - formação ao nível de 2º grau; o auxiliar de enfermagem - formação ao nível de 1º grau ou 2º grau; o atendente de enfermagem - sem formação profissionalizante, apenas provisionado pelo Conselho Federal de Enfermagem. Segundo a Lei 7498/86 a partir de 1996, o atendente não poderá mais exercer atividades de enfermagem, devendo profissionalizar-se.

Sendo assim, este vínculo orgânico do intelectual com o nível econômico, evidenciado na ligação com a burguesia ou com o operariado, não implica necessariamente que ele pertença à classe que representa em nível superestrutural. A medida dessa organicidade do intelectual é determinada, então, pela sua maior ou menor conexão com os grupos sociais fundamentais, a burguesia e o operariado.

Dentro desta perspectiva, Rezende (1984:26) situa o enfermeiro como intelectual mediador das relações de mando e obediência. Nem é capitalista, porque predominantemente assalariado, nem identificado com o proletariado, por ser um trabalhador especial.

Retomando o que venho tentando colocar desde o início deste trabalho, penso que o vínculo do enfermeiro, que atualmente é maior com a classe dominante, deve ser questionado, embora, na maioria das vezes, seja reflexo de uma concepção ingênua sobre a realidade que o cerca. Não consegue estabelecer, desta forma, as devidas conexões entre os diversos fenômenos da realidade e sua relação com a saúde/doença. Pude perceber isto na forma como a maioria dos enfermeiros vem fazendo Educação em Saúde, pouco crítica e descontextualizada. Se o indivíduo tem hipertensão, vamos dizer-lhe, pois, o que é e como tratar. É como se esta hipertensão acometesse igualmente os indivíduos de diferentes classes sociais. Deste modo, não são visualizadas as verdadeiras causas que o levam

a adoecer e as relações com a sua qualidade de vida. O resultado é que acabam não instrumentalizando o indivíduo para isso e este saber adquirido perde o sentido, quando não se identifica com a situação concreta de vida do indivíduo e, na medida que não tem utilidade, não gera mudança em seu comportamento.

Este posicionamento do enfermeiro pode ser, também, analisado a partir do seu compromisso social. Segundo Bertrand (apud Lima e Cols, 1979:35) este compromisso,

" resulta, em sua essência de dois elementos básicos: interesse e valores. O interesse nasce da própria estrutura pessoal e social na definição daquilo que é desejado e os valores são parte da conceituação do que seja bom ou mau para si próprio e para a sociedade, proveniente da estrutura cultural".

Se o compromisso social de um profissional resulta da análise sobre estes dois elementos, ou seja, interesse e valores e o enfermeiro em geral tem um consciência ingênua da realidade, eles serão em grande parte determinados a partir da ideologia da classe dominante. Posso depreender daí que a prática em assistência à saúde poderá estar comprometida com a classe que detém o poder nesta área.

Entretanto, as contradições de classe traduzidas no setor saúde pela desigualdade no acesso e qualidade da assistência, a crescente proletarização e desvalorização do enfermeiro traduzida no crescente subemprego e desemprego, o têm induzido a refletir sobre seu compromisso social. Já coexistem, em meio à alienação, posições mais comprometidas com as reais necessidades de saúde da classe proletária. Este posicionamento suscita ao enfermeiro uma nova postura em relação à sua prática que poderá ser mais crítica, a fim de transformar a realidade de saúde da classe em questão.

Dentro desta perspectiva o enfermeiro que atua como educador deve ser um intelectual comprometido com a transformação do processo saúde/doença da classe operária trabalhando aquele processo educativo que instrumentaliza o cliente que assiste, de modo que ele perceba as contradições no seu cotidiano. Assim, torna-se mais crítico em relação à realidade que o cerca, o que poderá contribuir para a transformação desta mesma realidade. A presença do intelectual é imprescindível para a formação da consciência crítica da classe operária, através de uma ação intencional e organizativa. É que "não existe organização e dirigentes, sem que o aspecto teórico da ligação teoria-prática se distinga concretamente em um estrato de pessoas especializadas na elaboração conceitual e filosófica "(Gramsci, apud Paro, 1986:99).

A concretização deste ato, no entanto, pressupõe uma constante ação -reflexão- ação de modo a tornar-se verdadeiramente uma práxis, onde teoria e prática tornam-se uma unidade. Para tanto, o intelectual não pode vincular-se à classe operária de modo estereotipado. Deve sim, " imiscuir-se ativamente na vida prática, como construtor, organizador, persuasor permanente" (Gramsci 1988:8).

Demo (1987:93) chama a atenção para os riscos que corre o profissional que se compromete com este tipo de educação. Não deixando de considerar seu valor, diz que " de modo geral, não passa de excitação política". Por isso é vocacionalmente efêmera, deixando no educador, muitas vezes, uma sensação agradável de motivação mobilizadora, mas sem consolidar na comunidade um caminho institucional de libertação.

A crítica deste autor se funda no fato de que a consciência crítica por si, não é suficiente para transformar a realidade. Para ele " consciência crítica da pobreza, ainda é pobreza. A coisa começa realmente a valer a partir do momento que se assume o compromisso de mudar a situação criticamente entendida".

Fazem-se necessárias, portanto, tanto da parte do intelectual, como do proletariado, ações objetivas que tragam modificações substanciais e duradouras na vida destas pessoas.

A Educação em Saúde que tenho como objetivo vai além da construção de uma consciência crítica, tornando-se uma práxis a ser desenvolvida junto com a classe operária e não para a classe operária.

Como lembra Demo (1987:98) para o sistema vigente é muito bom que exista o crítico, desde que não seja prático porque com isto

" pode apregoar que não reprime quem tem idéias opostas. Ao contrário paga-lhe bem. Entretanto, como a crítica não é acompanhada pela devida prática, não só não muda nada, como sobretudo se transforma em troféu do próprio sistema".

2 - MARCO CONCEITUAL PARA ASSISTIR O INDIVÍDUO EM SUA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A busca de uma visão crítica do processo saúde-doença deve ser empreendida a partir de uma compreensão mais aguçada da realidade que se pretenda analisar. Entendo, então, que a realidade relativa à saúde-doença dos moradores do Bairro Imaruí, à qual pretendo me restringir neste trabalho, pode ser desvendada na medida em que a compreendo como unidade dialética que contém contradições e regularidades.

Ora, a grande contradição, num país capitalista, como é o caso do Brasil, dá-se a partir de seus elementos principais que são o capital e o trabalho. Aí encontra-se, portanto, o ponto de partida de minha análise pois, como afirma Marx (1981:24), " é o modo de produção da vida material que condiciona o desenvolvimento da vida social, política, intelectual " e condiciona, em última instância, a realidade de saúde-doença do morador do Bairro Imaruí.

A apreensão das contradições e regularidades que engendram a realidade ou totalidade no capitalismo pode se dar quando lido com fenômenos sociais como fatos históricos. Tomando, então, o fenômeno saúde-doença como fato histórico e social, faz-se necessário entendê-lo nas relações que estabelece com a realidade brasileira e, especialmente, com a do Bairro Imaruí.

Os fatos que determinam as características do processo saúde-doença no Brasil são, de imediato, aqueles relativos à qualidade de vida dos indivíduos, ou seja, a obtenção de renda adequada às suas necessidades, condições dignas de trabalho, acesso à educação, alimentação, transporte, serviço de saúde. E, de modo mediato, este processo é determinado pela inserção dos indivíduos no modo de produção vigente, isto é, a posição que ocupam na escala social.

A manifestação do processo saúde-doença dos indivíduos é, pois, diferenciada e se dá de acordo com o contexto geopolítico-econômico-social que os circunda. Expressa-se, portanto, como contingência da vida que se concretiza nas formas de enfrentamento, pelo indivíduo, de condições específicas, na luta pela sobrevivência. É a partir daí que seu organismo adquire objetividade. Este processo é de caráter histórico e não pode ser focalizado à margem da história social dos indivíduos (Leopardi, 1985:07).

No caso específico do Bairro Imaruí, o indivíduo que lá reside é aquele que convive com outras pessoas em uma área limitada geograficamente e cuja identificação social se concretiza nas semelhanças do seu modo de existir, histórica e socialmente. O processo saúde-doença é, então, determinado a partir das relações que o morador do Imaruí estabelece com o bairro, sua geografia, história, cultura, relações estas que também se estabelecem com as realidades local e geral (município, estado, nação, mundo).

Porém, as condições nas quais o processo saúde-doença se manifesta, não são imutáveis, mas podem ser transformadas pelos indivíduos, em seu conjunto, como resultado de suas práticas sociais objetivas (Leopardi; 1985:68). Tal encaminhamento, no entanto, não ocorrerá de modo espontâneo. São necessárias ações intencionais (conscientes) dos indivíduos, para que isto aconteça.

A capacidade de agir dos indivíduos sobre a realidade, a partir de sua reflexão sobre a mesma e seus determinantes, pode levá-lo a buscar a melhoria de sua qualidade de vida, o que lhe aumenta as possibilidades de vir a ser mais saudável.

Uma das formas de proporcionar ao indivíduo a compreensão do fenômeno saúde-doença, ampliando a possibilidade de transformá-lo, é proporcionar-lhe conhecimento crítico deste pro-

cesso, partindo de sua vivência cotidiana. E a Educação em Saúde é, dentro desta perspectiva, o processo de aprendizagem que possibilita ao indivíduo compreender as relações entre o processo saúde-doença, seus determinantes e a realidade em que vive. Assim, é possível apreender abstratamente os fenômenos cotidianos, desvendando-lhes as contradições através da reflexão, o que poderá levá-lo a decidir sobre as ações necessárias para transformar esta mesma realidade.

O enfermeiro pode ser um dos agentes sociais da área de saúde a desenvolver Educação em Saúde dentro desta perspectiva. Para Leopardi e Cols (1989) os objetos de trabalho da enfermagem são o cuidado, a administração da assistência e a Educação em Saúde. A Educação em Saúde a qual se refere, porém, não é aquela prescritiva, ligada essencialmente a orientações para um determinado tipo de doença, mas sim, aquela de caráter mais amplo, comunitário, em que o indivíduo deve ser visto como ser social e histórico.

O enfermeiro, por uma característica peculiar de suas funções sociais, pode ter condições de prestar uma assistência que inclua a Educação em Saúde do modo como a entendo. Seu papel, no entanto, na maioria das vezes, tem sido mais o de mediador entre capital e trabalho, porquanto sua prática tem servido para a manutenção da força de trabalho, o que, em última análise, contribui para a manutenção da classe detentora do poder sobre a propriedade econômica e seu domínio so-

bre o proletariado.

O enfermeiro pode romper com esta postura colocando-se como um intelectual a serviço das classes exploradas. E a assistência de enfermagem correspondente será aquela de caráter intencional, visando modificar a atual situação de saúde/doença do brasileiro, especificamente, neste momento, a do morador do Bairro Imaruí, em conjunto com os demais agentes coletivos da sociedade.

Dentro deste enfoque, a assistência de enfermagem, que hoje é prestada pelos diversos elementos da equipe de enfermagem de forma parcializada e mais em nível imediato, deve ser modificada. Uma assistência de enfermagem que se pretenda transformadora deve, além de prestar cuidados em nível imediato - sinais e sintomas - buscar as relações entre esta objetividade e a realidade histórica da qual provem, prestando, então, também uma assistência em nível mediato.

Na esfera da Educação em Saúde, a assistência de enfermagem deve ser de modo a proporcionar ao indivíduo conhecimento para que se torne crítico sobre o processo saúde/doença e seus determinantes, o que lhe aumenta a possibilidade de lutar por uma melhor qualidade de vida.

Por ser um ato intelectual, a intervenção do enfermeiro na Educação em Saúde deve ser empreendida a partir do desenvolvimento da realidade de saúde/doença do indivíduo. Isto pode ser efetuado detectando o modo como se estabelecem as relações entre indivíduo e meio.

Tais relações se dão em 2 níveis: subjetivo - que são as relações que o indivíduo estabelece consigo mesmo e objetivo - que são as que estabelece com o meio em que vive. Essas relações se exteriorizam na posição, reflexão e ação do indivíduo.

A posição reflete o que o indivíduo é, num determinado momento e em determinadas condições concretas. É o concreto de um momento, a realização dos determinantes do processo vital. É como se fosse uma "foto-dinâmica", algo que está acontecendo e continua a acontecer, ainda que aparentemente estabilizado (Leopardi, 1985, 104). Por exemplo, a concretidade da vida de um morador do bairro Imaruí que reside no mangue, numa "palafita", convivendo com as constantes altas das marés, lhe imprime, num primeiro momento, uma característica de ser e estar no mundo. É necessário, pois, buscar os determinantes dessa condição de vida e sua relação com o processo saúde/doença.

O desenvolvimento do conceito de posição pode-se dar a partir das relações do indivíduo consigo mesmo (subjetivo) e com o meio (objetivo). Subjetivo: é a percepção que o indivíduo tem de si mesmo condicionada pela situação concreta em que vive, como ser indiferenciado (sem identificação, anônimo, indistinto, igual) ou como ser diferenciado (que possui identidade, singular, desigual), (Leopardi, 1985:105). Objeto: "a posição indica a condição de classe na qual o indivíduo se encontra na sociedade em que vive. Não é delimitada por sua vontade exclusivamente mas pelo desenvolvimento histórico do modo de produção" (Leopardi, 1985:105-06).

No caso específico do Bairro Imaruí, a maioria de seus moradores vende sua força de trabalho em troca de baixos salários, o que retrata o baixo nível sócio-econômico (Gonçalves, 1991).

O desenvolvimento do conceito de reflexão emerge do fato de que os seres humanos possuem consciência de si, dos outros e do mundo físico do qual se originam. Esta consciência pode se evidenciar em nível:

Subjetivo: a reflexão indica se o indivíduo é percebido como ser ligado ou separado do conjunto dos eventos que ocorrem durante seu processo vital.

O indivíduo que possui uma consciência crítica percebe a condição concreta em diferentes níveis de sua experiência como ser humano, social e material. É o indivíduo que tenta avaliar sua realidade com o conhecimento que possui dela e com a possibilidade de transformação. Como ser que possui uma consciência ingênua, o indivíduo não percebe a ligação entre o que pensa e faz e os fatores que determinam esta ou aquela postura. Não consegue se colocar, portanto, como sujeito da história, "...Está, então, separado de sua realidade e com isto evita enfrentar as origens e consequências de sua condição de vida" (Leopardi, 1985:107).

Objetivo: a reflexão indica se o indivíduo aceita ou não os padrões de sociabilidade impostos pela cultura e instituições regulativas e normativas (Leopardi, 1985:108).

Relaciona-se as formas de apreensão da cultura e saber e as oportunidades de acesso do indivíduo a elas. Para Leopardi (1985:108) "não se trata de conhecer a totalidade dos fatos, mas de distinguir dentre eles os que podem facilitar ou dificultar a tomada de decisões e a partir daí ir em busca do conhecimento necessário".

A ação indica o modo concreto de expressar a relação do indivíduo com o meio. "O que faz materializa sua posição e reflexão nas coisas produzidas, seja na produção de si mesmo, seja na produção de bens materiais, simbólicos ou sociais" (Leopardi, 1985: 109).

Em nível subjetivo a ação pode refletir uma capacidade de auto-comprometimento, ou seja, a possibilidade de o indivíduo ir em busca das coisas ou construir as coisas de que sente necessidade (Leopardi, 1985: 108).

Em nível objetivo, a ação reflete a intencionalidade do indivíduo e sua capacidade de criar. Conduz sua vida para realização de objetivos e planos na busca de satisfação das necessidades ou da criação de condições para que isto ocorra. Coloca-se "como sujeito no processo de desenvolvimento de suas condições materiais da existência" (Leopardi, 1985: 108-9).

A partir da expressão desses elementos o enfermeiro pode captar a realidade do cliente e seu cotidiano, elaborando, então, sua história de vida. Esta primeira visão deve ser aprimorada a cada novo dado que se incorpora e mediante as mudanças ocorridas durante os contatos com o cliente. A partir daí far-se-ão análises e sínteses periódicas e um plano de ação em torno do que for levantado e percebido. Vale ressaltar que, embora o enfermeiro possa fazer uma reflexão para elaborar as análises e sínteses, estas deverão ser discutidas com o próprio cliente.

Finalmente enfermeiro e cliente devem proceder, em conjunto, a avaliação do que foi realizado e levantar os pontos que devem ser replanejados.

3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE UMA PRÁTICA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.1 - METODOLOGIA

Este estudo é o relato e análise de uma experiência na utilização de um marco teórico de Educação em Saúde, cuja base é o materialismo histórico e dialético.

A população que participou dessa experiência é residente na área geográfica circunscrita ao Bairro Imaruí, na cidade de Itajaí - SC.

A escolha do referido Bairro deu-se pelo fato de a Instituição de Ensino a qual estou vinculada manter no local um trabalho de extensão no Posto de Saúde, sendo este estudo parte daquele trabalho. Além disso, as características geográficas do Bairro e da população local eram adequadas ao tipo de trabalho - educativo - a que me propunha.

Os participantes deste estudo foram definidos através dos seguintes critérios:

residência: morador do Bairro

idade: sujeito em idade adulta

relação pesquisador/sujeito: mútua aceitação entre sujeito e pesquisador

A partir destes critérios foram escolhidos quatro (4) sujeitos: dois (2) deles foram selecionados no Posto de Saúde e os outros dois a partir de suas próprias residências. O início do trabalho deu-se com as visitas domiciliares. Em diversos momentos tal procedimento envolveu familiares e/ou vizinhos que no momento das visitas encontravam-se presentes.

Dos sujeitos escolhidos, finalizei o trabalho com dois (2), ou seja, cheguei ao número mínimo de entrevistas por mim estabelecido - quatorze (14) - e houve um fechamento em relação ao trabalho desenvolvido. Quanto aos dois (2) outros clientes, um (1) mudou-se do Imaruí e com outro não finalizei o trabalho por ficar envolvida com algumas dificuldades pessoais.

Com os dois (2) sujeitos que efetivamente fazem parte do estudo realizei dezenove (19) e dezessete (17) entrevistas, respectivamente, com a duração média de 30 minutos por entrevista.

O estudo realizado junto aos sujeitos não teve procedimentos metodológicos detalhados, previamente estabelecidos.

Contudo, havia um eixo claramente definido, fornecendo as diretrizes para o desenrolar do trabalho, que se originou do marco teórico para a Educação em Saúde elaborado para este estudo.

Mediante a escolha dos dois (2) sujeitos iniciei a aplicação do marco teórico, desenvolvendo-a no período de março de 1989 a maio de 1990 e cuja operacionalização se deu através de um Processo de Enfermagem, com as seguintes etapas:

- coleta de dados
- análise dos dados
- síntese da situação de saúde/doença do sujeito
- planejamento das ações
- implementação do plano
- avaliação

Cabe ressaltar que a colocação dessas etapas na prática não acontece de modo linear como aqui apresentado. A separação ocorre para fins de explicitação e entendimento do que acontece em nível teórico. Na verdade as etapas ocorrem em todos os momentos de modo simultâneo, embora obedecendo a certa ordem.

Quanto à coleta de dados, havia elaborado inicialmente um instrumento para coleta de dados (anexo.) com base no quadro de categorias concebido por Leopardi (1985:102). Durante os primeiros encontros, entretanto, observei que o fato de dire-

cionar os encontros impedia uma captação mais fidedigna da situação de saúde/doença do sujeito, de suas necessidades e de como as refletia e enfrentava. Optei, então, por modificar este procedimento, escolhendo uma técnica qualitativa: a observação participante. A escolha deveu-se às características da técnica cujo enfoque teórico se mostra adequado ao trabalho em questão. A observação participante é concebida não só como um instrumento de captação de dados, mas, também, como instrumento de modificação do meio pesquisado, ou seja, de mudança social (Schwartz & Schwartz apud Haguette, 1987:60,61). Os mesmos autores definem a observação participante,

" como um processo no qual a presença do observador numa situação social é mantida para fins de investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, em participando com eles em seu ambiente natural de vida, coleta dados, logo, o observador é parte do contexto sendo observado, no qual, ele ao mesmo tempo modifica e é modificado por este contexto. O papel do observador participante pode ser tanto formal quanto informal, encoberto ou revelado, o observador pode dispensar muito ou pouco tempo na situação da pesquisa. O papel do observador participante pode ser uma parte

integral da estrutura social, ou ser simplesmente periférica com relação a ela ".

Quanto ao último aspecto colocado no conceito de Schwartz & Schwartz, ou seja, o do envolvimento do pesquisador, ou o grau de participação na situação pesquisada, Selltiz, Wrightsman e Cook (1987:73) colocam que este poderá ser total ou basicamente um observador que participa apenas de forma casual dos eventos.

O modo como procedi foi mais aproximado a este último, pois fui participante eventual na vida cotidiana dos sujeitos. Isto se dava nos momentos em que os visitava, nos encontros casuais pelo Bairro ou no Posto de Saúde.

Para Ludke & André (1986:28), a observação participante envolve, além de um conjunto de técnicas metodológicas, o pressuposto de um grande envolvimento do pesquisador na situação estudada. Neste sentido creio ter havido, em meu estudo, o envolvimento necessário para acontecer o que Florence Kluckhohn apud Haguette (1987:61) descreve como um " compartilhar consciente e sistemático, conforme as circunstâncias o permitam, nas atividades de vida e, eventualmente, nos interesses e afetos de um grupo de pessoas ".

Quanto ao conteúdo das observações, descrevia cada entrevista, na íntegra, em geral logo após o seu término, a partir do que memorizava e, eventualmente gravava em fita cassete. Logo após a descrição apontava o que Ludke & André (1986:31) denominam a " parte reflexiva " das anotações, que constava de notas teóricas e notas metodológicas.

Nas notas teóricas colocava minha " apreensão " com relação ao que havia sido dito durante a (s) entrevista (s), temas que surgiam, relações que estabelecia entre fenômenos, novas conclusões, encaminhamentos a fazer nos próximos momentos.

Nas notas metodológicas refletia sobre os procedimentos utilizados durante a observação, sua adequação ou não.

Ainda procurei descrever, à parte, sentimentos, emoções, impressões, dilemas pessoais que emergiram durante todo o período de coleta de dados.

A partir da descrição das observações extraí subcategorias, as quais eram relacionadas aos conceitos de Leopardi (1985), ou seja, aos aspectos da posição, reflexão e ação em níveis subjetivo, intersubjetivo e objetivo. Vale ressaltar que para facilitar a operacionalização, embora descrevesse a posição do sujeito não a relacionava separadamente aos três níveis e, ainda, ao descrever a reflexão e a ação considerei-

as somente nos níveis "subjetivo" e agrupei os outros num só nível, o "objetivo".

Após um determinado número de observações (mais ou menos 5), as subcategorias podiam ser agrupadas formando temas de uma mesma área, por exemplo: a subcategoria - " o que pensa sobre o pessoal do mangue" relacionada a " reflexão/objetivo ", pertencia ao tema " vida comunitária ".

Com o objetivo de clarear a abstração, as subcategorias foram organizadas num quadro, que permitia sua melhor visualização. O quadro apresenta-se da seguinte forma:

	NÍVEL	
ASPECTO	SUBJETIVO	OBJETIVO
REFLEXÃO	Subcategoria(nº da observação /página) Ex: O que pensa sobre sua aparência pessoal_(3 1)	Subcategoria(número observação/página) Ex: O que pensa sobre o pessoal que mora no mangue(5 9)
AÇÃO		

Nesta sequência, com os dados organizados em subcategorias e agrupados em temas, procedi a análise que constava da organização dos dados (sequência, agrupamento), das relações entre fenômenos e da comparação com o quadro teórico.

Finalmente foi feita a síntese da situação saúde/doença do sujeito, o que configurava a panorâmica de sua reflexão/ação (consciência) em relação a aspectos de sua vida cotidiana, como por exemplo: valores, crenças, cultura e apontava os encaminhamentos ou ações necessárias para a mudança desta consciência.

Havia dois (2) momentos em que planejava ações. O primeiro acontecia após a observação - não obrigatoriamente após cada uma - e era feito exclusivamente pelo pesquisador. O segundo momento se dava a partir das sínteses acima mencionadas, as quais eram colocadas e discutidas com o sujeito e as ações planejadas conjuntamente. Estes planos foram, na maioria das vezes, implementados somente pelos sujeitos e eventualmente envolviam o pesquisador.

A avaliação foi utilizada em diversos momentos. Nas notas teóricas, após cada observação, foram feitas reflexões/avaliações do desenrolar da relação que se estabelecia entre sujeito (família) e pesquisador e dos fatos que, aos poucos, tomavam forma.

Em outro momento de avaliação centrei-me sobre o planejado e o executado. Tomando o planejado como parâmetro, averigui o que havia e o que não havia sido executado e analisei o efeito sobre o desenvolvimento do trabalho e os resultados.

É importante ressaltar que nas avaliações foi valorizado, de forma enfática, o processo que vivia o sujeito na busca de sua saúde.

Num terceiro momento, ao final do trabalho junto aos sujeitos, busquei com eles informações para averiguar a validade deste trabalho para sua vida, especialmente no que dizia respeito à melhoria de sua qualidade.

3.2 - A PRÁTICA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.2.1 - Os sujeitos e o processo de enfermagem

Descrevo, a seguir, a experiência vivenciada junto aos dois sujeitos selecionados que nomeio ficticiamente de " Lígia " e " Sônia ", para manter o sigilo das informações. A descrição corresponde às etapas " análise dos dados " e " síntese da situação de saúde/doença " dos sujeitos.

Das observações feitas nas visitas junto aos sujeitos procedi a subcategorização de todos os assuntos que permearam nossos contatos, os quais foram relacionados às categorias de Leopardi (1985) apresentadas no capítulo 3, exceto a categoria posição que foi descrita de acordo com os dados históricos coletados ao longo do trabalho. Após, agrupei essas subcategorias em temas, como descrevo, logo após apresentar a posição de cada uma das mulheres.

Evidentemente a reflexão é um processo subjetivo na sua essência. Assim, a caracterização nos níveis subjetivo e objetivo expressam a tentativa de reconhecer e separar a reflexão que o sujeito tem sobre si mesmo e da reflexão sobre o que se configura como o seu mundo objetivo. A mesma coisa ocorrerá com a ação desses sujeitos.

3.2.2 - Análise dos Dados e Síntese da Situação de Saúde/
Doença:

3.2.2.1 - " Eu vou, eu faço, eu venço " - Lígia.

a) A posição de Lígia

Identificação: 26 anos, gênero feminino, mulata, casada, natural de Russas (Ceará), possui o 1º grau incompleto, do lar, frequenta o Seicho-no-iê(seita) e reside na Rua em frente ao Posto de Saúde do Bairro Imaruí.

A família de Lígia constitui-se da própria, o marido e 4 filhos: 3 meninas de 11, 10 e 9 anos e um menino de 3 anos. Quando iniciamos nosso contato, as duas filhas mais velhas estavam morando com parentes no Rio e no Ceará, respectivamente. Ao final das observações ambas já haviam voltado. Moravam também com Lígia um irmão e sua filha de 2 anos e meio que, mais tarde, foram embora.

Saiu de sua cidade, Russas, há 10 anos atrás, juntamente com o marido e filhas para " tentar " a vida no sul trabalhando com agricultura, já que o clima seco de sua região não permitia. Moraram, então, algum tempo em Rio do Sul onde iniciaram uma plantação. No entanto, além do negócio não ter dado certo, houve dificuldade de adaptação ao clima frio da cidade, o que os fez voltar para o nordeste. Novamente em dificuldades, retornaram ao sul. Estabeleceram-se então em Itajaí. O marido de Lígia iniciou trabalhando numa empresa de construção de barcos e algum tempo depois como " biscateiro " em jateamento de areia, ganhando em tórno de 2 (dois) salários mínimos.

No início dos encontros ela morava como locatária em uma casa de madeira, sem pintura, com quintal em toda a volta e terreno plano. Havia roseiras plantadas em um dos lados do quintal e fundos. A casa possuía 5 cômodos: 2 quartos, 1 sala ampla, 1 cozinha ampla e um banheiro puxado atrás da casa.

Lígia manifestou, várias vezes, vontade de mudar-se do Imaruí, pois considerava o Bairro problemático, em razão dos acontecimentos que presenciava, relacionados a drogas, prostituição, criminalidade e que a assustavam (L 04, 05, 13)*. Atribuía-os principalmente aos que residiam na área alagada do Bairro, chamada de " mangue ".

* O símbolo a ser utilizado daqui por diante refere-se ao sujeito pesquisado (L-Lígia) e ao número ou números do relato do encontro com o sujeito, em que o(s) fato(s) foram descrito(s). No exemplo os números são 04, 05, 13.

Durante o período deste trabalho conseguiu mudar-se para outra casa, ainda no mesmo Bairro, localizada próxima à anterior, em uma rua paralela. A casa é de madeira e alvenaria nos fundos, onde ficam a cozinha e o banheiro. Há ainda, no mesmo lote, mais duas casas onde vivem outras famílias. O aspecto geral é melhor, aparentando ser mais nova e conservada; o terreno, também espaçoso, possui verduras plantadas, como alface, cebolinha.

No tempo em que estivemos em contato o filho menor de Lígia operou de " fimose ", o marido apresentou problemas no estômago, possivelmente gastrite.

Quando do retorno das duas filhas mais velhas, Lígia matriculou-as, juntamente com a terceira filha, num colégio central, que considerava melhor do que o do Bairro. Logo a seguir envolveu-se, juntamente com o marido, com a Associação de Amigos de Pais e Professores (A.A.P.P.), daquele colégio, inclusive assumindo cargos na Diretoria.

Observei várias vezes sua preocupação com os acontecimentos em seu Bairro e, mesmo criticando a população local, tentava ajudar na solução dos problemas.

Permaneceu até o fechamento do trabalho manifestando o desejo de mudar-se do Imaruí e melhorar sua vida. Ao final dos nossos encontros tomou a decisão de trabalhar junto ao

marido para melhorar a produção no trabalho de jateamento de areia.

b) A Reflexão e Ação de Lígia

A subcategorização dos relatos dos dezenove encontros com Lígia e seu posterior agrupamento permitiu-me identificar temas sobre os quais conversamos mais, como se vê nos quadros adiante, seguidos de posterior explanação.

TEMA: Vida em Família

CATEGORIA: Reflexão

Quadro 01

NÍVEL SUBJETIVO

1. Acha importante "a pessoa se sentir amparada" (L.02)
2. Se sua vida financeira melhorar, acha que sua vida afetiva pode mudar para pior (L.05)
3. "Devemos saber levar a vida e agradecer a Deus todos os dias" (L.05)

Quadro 02

NÍVEL OBJETIVO

1. Sentindo saudades da filha de 9 anos (L.02)
2. Incomodando-se pelo fato de suas filhas estarem sob cuidados de terceiros (L.05)
3. Acha que a mãe deve ajudar o filho a vencer e "não só botá-lo no mundo" (L.05)
4. Quer sair do Imaruí, mas acha difícil porque é caro (L.05)
O marido disse que pensa conseguir um trabalho por conta própria e depois quer sair do Imaruí (L.12)
5. Tendo problemas com o irmão por causa da filha dele (2 anos), que está sob seus cuidados (L.07,08)
6. Preocupando-se com a sobrinha (2 anos) que o irmão levou embora e encontra-se sob os cuidados de uma pessoa estranha (L.10,11)
7. Pensando em procurar a sobrinha para checar como está sendo cuidada (L.11)
8. Planejando pedir a sua mãe, que reside no Ceará, que cuide da sobrinha (L.11)
9. Querendo morar no lugarejo onde trabalha o marido, mas acha a escola local "muito fraca", para as filhas (L.12)
10. Preparando a casa para chegada da cunhada e da filha mais velha que vem do Nordeste (L.13,14)
11. Elogiando as atitudes profissionais da cunhada que é auxiliar de enfermagem (L.15)

CATEGORIA: Ação

Quadro 03

NÍVEL OBJETIVO

1. Contando a história da vinda do irmão do nordeste e como o acolheu bem (L.07,08)
2. Servindo o marido e filhos enquanto estes almoçam (L.12)
3. Marido demonstrando interesse e participando da conversação comigo e Lígia (L.12)
4. Muda-se para uma nova casa no Bairro Imaruí (L.14)
5. Questionando e discorrendo como proceder para matrícula de suas filhas num colégio do centro da cidade (L.12,15)
6. Preparando a casa para chegada da cunhada e da filha mais velha que vêm do nordeste (L.B.14,15)
7. Demonstrando incomodação e tristeza em relação as atitudes do irmão consigo (Lígia) e a filha (do mesmo) (L.08,09,11)
8. Irmão de Lígia deixa sua casa levando a filha (L.10)
9. Preparando o almoço e almoçando (L.12,16)
10. Filhos de Lígia estavam brincando (L.12)
11. Sentimentos enquanto falava da sobrinha: baixou os olhos e a cabeça, mexia na mesa com a mão esquerda (L.13)
12. Volta das filhas que estavam sob cuidado de parentes (L.16)
13. Trabalhando com o marido em jateamento de areia (L.18)

b.1 - Reflexão/Ação na vida em família

Lígia demonstrou muito apego à sua família e mesmo àqueles com quem convivia. Durante o período em que o irmão e sua filha estiveram morando em sua casa, apegou-se à sobrinha de tal forma que foi difícil desligar-se quando foram embora. Percebi sua tristeza e mágoa diante das atitudes do irmão em relação a filha e a dificuldade de intervir pois, afinal de contas, era ele o pai. O fato era que o irmão, além de não concordar com o modo como Lígia cuidava e educava a menina, " exigia-lhe " as coisas de que precisava (L.07).

Neste mencionado encontro estava muito chorosa; seus olhos ficaram úmidos e avermelhados várias vezes. Após a partida dos dois, demonstrou preocupação em relação ao estado de saúde da sobrinha (L. 10 e 11). Após algum tempo pareceu-me aceitar a situação, já que sentia a impossibilidade de intervir.

Sua vida girava em torno da família e sua reflexão/ação expressava isto: seus planos eram para buscar a melhoria da sua vida e dos seus - os planos para sair do Imaruí e a busca de um colégio "melhor" para as filhas, denotavam isto. Pareceu-me, ainda, que Lígia e o marido tinham objetivos comuns neste sentido pois, pelo que pude observar, ela fazia questão de ajudá-lo no trabalho chegando, mesmo, ao final de nosso contato, a ir trabalhar junto com ele no jateamento (L. 12). Manifestou, inclusive, vontade de morar no local de trabalho do marido, que era distante, mas o fato de o colégio local ser "fraco" para as filhas a fez recuar (L. 12). Isto denota como refletia para tomar suas decisões, indo em busca de atenuantes para tal. Mais adiante, ao refletir sobre o fato de trabalhar junto ao marido, achava que sua presença para o bom atendimento ao cliente era importante, pois o fazia retornar (L. 18).

Tanto a reflexão de Lígia como a de seu marido expressavam uma maneira positiva e otimista de encarar a vida. Tal postura se expressou de modo bem enfático num dos encontros em que o marido também participou da conversa. Na ocasião disse-me "que a vida tem sido dura, que tem lutado muito e tem esperança de vencer; que é difícil conseguir dinheiro, mas não é impossível"; "que tem progredido e tem esperança de melhorar"; "que a mente da pessoa é que conta"; "se a gente pensar positivo acontecem algumas coisas negativas, mas se só pensar negativo, só acontecem coisas negativas" (L.12)

Por outro lado, ao mesmo tempo, suas reflexões revelavam, também, certo conformismo, atribuindo a Deus o poder de dar mais ou menos a este ou a aquele. O marido de Lígia disse: "Por pior que seja, a gente tem que agradecer a Deus, porque poderia ser pior se não fosse a ajuda dele; às vezes a gente é muito mal agradecido" (L. 12). As reflexões de Lígia também expressavam-se desta forma: "nem todo mundo agrada a Deus, a gente não sabe se merece (L. 05).

Não conseguiam ver que o acesso a uma melhor qualidade de vida dependia também da organização da sociedade como um todo. Viam isto como algo individual que acontecerá, ou não, se Deus assim o quiser. Parece-me que colocar em Deus a responsabilidade pelos fenômenos exime o indivíduo de seu compromisso de buscar juntamente com as forças da sociedade, melho-

res condições de vida e saúde. Entretanto o indivíduo não assume esta postura tendo esta consciência, ela advém da ideologia oficial, cuja análise faremos em itens posteriores.

TEMA: Saúde/Doença

CATEGORIA: Reflexão

Quadro 04

NÍVEL SUBJETIVO

1. Acha que as doenças não se curam só com remédio, mas que a a "mente da pessoa é que conta" (L.12)

Quadro 05

NÍVEL OBJETIVO

1. Não compareceu à consulta médica da sobrinha porque chovia muito (L.04)
2. Não quis deixar o filho menor sozinho no hospital. Acha que não querem a mãe junto do filho "que é para que as pessoas não vejam o que fazem de errado lá" A presença da mãe ajuda também no sentido de "atender as outras crianças" internadas (L.11)
3. Contando que o marido está com início de gastrite e que quando começou o problema ela dava "mastruz" amassada com água. Disse que o marido toma muito café durante o trabalho (L18). Pediu-me que falasse com o marido sobre uma dieta adequada (L.19)

CATEGORIA: Ação

Quadro 06

Nível Subjetivo

1. Ida ao Posto de Saúde para verificar a pressão (L.07,09,11)
2. Sentimentos (início de choro) quando relatava sobre a hospitalização da mãe (L.15)

Quadro 07

NÍVEL OBJETIVO

1. Tentando conseguir, gratuitamente um quarto que lhe permitisse ficar com o filho menor no hospital. Chegou a ir até o Prefeito da cidade e conseguiu o que queria (L.06)
2. Contando sobre a reação do filho após a cirurgia: sentia dor no local (L.06)
3. Relatando sobre problemas de saúde da sobrinha tais como: sono interrompido; agitação noturna e lesões na região pubiana. Levou-a a um pediatra (L.06)
4. Encontrei-a no Posto de Saúde. Conversou com uma outra enfermeira, que havia atendido a sobrinha sobre o problema da mesma (L.11)

b.2 - Reflexão/ação na Saúde/doença

O tema Saúde/doença apareceu várias vezes durante os contatos com Lígia, embora não tenha sido a tônica dos encontros.

Neste sentido observei que Lígia ia em busca dos recursos de que necessitava. Pareceu-me, em certos momentos, não ser totalmente crédula quanto ao atendimento das instituições de saúde. Suas reflexões sobre o atendimento hospitalar quando o filho esteve internado para cirurgia denotam este fato, bem como o que sentia em relação ao Posto de Saúde local: "Proíbiam que a mão ficasse junto... é pra que as pessoas não vejam o que fazem de errado lá" (L. 11); "porque muitas pessoas dizem: Ah! Eu não vou no Posto porque.... " (L. 12).

Diversas vezes sua ação evidenciou que tem opinião acerca do que é "bom" ou "ruim" para si e os seus e procurava exigir seus direitos. Sua prática, portanto, questionava o status quo, embora buscasse soluções individuais para o que achava problemático. Por exemplo, na internação do filho chegou a ir até o Prefeito para conseguir um quarto particular para que pudesse ficar junto do filho (L. 11).

Sua ação também denota que tenta viabilizar, por si mesma, a forma de ultrapassar os obstáculos impostos por sua condição de classe.

Em geral acatou minhas orientações sobre saúde, mas discutia se não as compreendia ou concordava. Tinha conhecimento de algumas terapêuticas, chás, por exemplo, e as colocava em prática. Em um dos encontros explicou-me sobre a utilidade e o preparo do "mastruz" (L. 18) e, em outra, quando estava com infecção na garganta, utilizou o chá de limão e o abacaxi (L. 03).

Um aspecto interessante que apareceu na observação nº 12, mais expressada pelo marido de Lígia foi a ligação que faziam entre corpo/mente e saúde/doença. Lígia e o marido deram vários exemplos práticos, demonstrando que conseguiram visualizar esta ligação, como por exemplo, quando o marido disse que "as doenças não se curam só com remédio, a mente tem uma importância fundamental" (L. 12). Parece, no entanto, que não

conseguiam visualizar como se dá esta ligação e como encaminhar soluções práticas para que se facilite este processo. Isto fica claro quando o marido de Lígia tem problemas gástricos e os atribui aos "nervos", mas não tem nenhuma reflexão/ação no sentido de buscar minimizar o nervosismo. Inclusive demonstra até certa resistência a determinados cuidados como o de não tomar café (L. 18).

TEMA: Vida Comunitária

CATEGORIA: Reflexão

Quadro 08

NÍVEL SUBJETIVO

1. Disse que "até poderia ter mais, mas que nem todo mundo agrada a Deus e a gente tem que sofrer um pouquinho para chegar lá" (L.05)
2. Pensando em assumir a liderança da Associação de Moradores do Bairro (L.17)

Quadro 09

NÍVEL OBJETIVO

1. Identificando o desamparo da amiga (L.02)
2. O pessoal do mangue é pobre porque "eles não batalham"...
"Ao invés de ficarem juntando papelão na rua para vender, deveriam procurar um emprego numa empresa". "As pessoas para terem as coisas, precisam batalhar, que ninguém ajuda não, a gente é que tem que ir" (L.02)
3. Comentou o caso da vizinha, que tem várias crianças, que teve a casa completamente alagada durante as últimas chuvas (L.04)
4. "Estas pessoas têm tudo, mas não são felizes". Pensa em vencer, mas se tiver que mudar sua vida afetiva, prefere ficar onde está. "Não é só riqueza que traz felicidade" (L.05)
5. "As pessoas que não conseguem lutar é porque não têm fé em Deus" (L.05)
6. Comentando que nas enchentes houve ajuda do governo, mas que as pessoas desviaram o que veio (L.05).
"Você vê aqui nos temos um dono de armazém" que condiciona a distribuição de tickets de leite doados pelo governo à compra de pão em seu comércio (L.05) "Este leite é para distribuir. Vou procurar meus direitos. Por isso é que lhe disse que o próprio povo é ruim" (L.05)
7. Contando que o governo Sarney doou leite para todo o Brasil, mas que no Ceará não chegou " E quem fica por detrás disso, é o pobre ? Não, é o rico" (L.05)
8. "O Bairro está cada vez pior..." Contou sobre as "orgias" de vizinhas que considera prostitutas (L.05)
9. "Por mim arrumava um canto e saia do Imaruí, só que isso é difícil porque é caro" (L.05)
Voltou a falar em sair do Imaruí, pois preocupa-se com os filhos que presenciavam uso de drogas. Acha que o pessoal tem o nível muito baixo (L.13)
Contou-me que provavelmente vai morar em outro Bairro (onde as crianças estudam) (L.18)
10. Contou-me que pretende mudar a filha para um colégio mais central, pois acha o colégio do imaruí fraco (L.13)
11. Discorrendo sobre a Associação de Moradores
" Tá super devagar. Nessa área de moradores não tem ninguém responsável. Pra começar (a atual presidente da Associação) tem (perto) aquelas pessoas que ela tem diálogo, que ela escolhe. Como Presidente não tem que ter pessoas escolhidas, tem que ter todos do Bairro" (L.12)
A Associação está mal organizada e sentem-se pouco estimulados (ela e o marido) a participar, "a lutar pelo negócio"... "Porque seria importante a presença da gente". "Mas a gente acha que não iria influir muito, é aquela panelinha". Falando da atual Presidente da Associação de Moradores, que acha incompetente (L. 14)

Quadro 09

NÍVEL OBJETIVO

12. Lígia e o marido contando que ele teve vontade de candidatar-se à Presidência da Associação de Pais e Professores do colégio da filha. Desistiu porque não permanece muito em Itajaí e não daria conta do trabalho (L.17)
13. "Quando as pessoas moram de aluguel, direitinho, são pessoas decentes, mas estas que moram por ocupação (referindo-se ao pessoal do mangue), são preguiçosas, não querem nada com a vida" (L.13)
14. "O calçamento do Bairro não sai porque o pai do Lico que tem 4 casas desse lado e outros lotes, não quer assinar a parte dele" (L.14) " Olha é como eu te digo, as pessoas se unindo fazem as coisa". "Mas o negócio aqui é que sempre um dá pra trás". "Deve ser feita uma reunião para tratar do calçamento, somente com este pessoal que as casas serão atingidas pelo calçamento... o restante só vai lá para perturbar" (L.14)
15. Falando sobre alternativas para conseguir o calçamento junto a Prefeitura:
- conseguir aval junto ao Prefeito para multar o Sr. Que não quer aderir ao calçamento.
 - no momento de falar com o Prefeito "tem que pedir somente aquilo (o calçamento)", senão não serão ouvidos.
 - sugeriu a um cunhado que agitasse uma festa para arrecadar fundos para o calçamento, mas ele não fez. " Se é pra fazê vamo fazê todo mundo junto" (L.14)
- "Se é pra fazer tudo de uma vez não vai dar para fazer nada. Então tem que haver organização" (L.14)
- "Não se deve pedir qualquer coisa ao Prefeito, sem selecionar" (L.14)
16. "Esse negócio de política, o próprio povo procura ser ruim, porque para que estas greves?" ... os caras as vezes até perdem o emprego, levam paulada..."
- "... o Sarney foi um ótimo governante, porque qual foi o outro governo que deu leite para as crianças?" (L.05)
17. Falando sobre a participação das pessoas na vida comunitária disse que em geral o pessoal não quer saber de nada. Quanto à Associação de moradores do seu Bairro, acha a Presidente pouco confiável. Já participou de uma Associação de Pais e Professores. Acha " muito difícil trabalhar com o povo. O pessoal não comparece às Reuniões" (L.09)
18. Questionando o fato de uma pessoa de "posses" morar no mangue do Imaruí "que precisão tem o marido de Dna Mariquinha, que tem 2 casas no São João (Bairro) vir morar aqui?" (L.14)

Quadro 09

NÍVEL OBJETIVO

19. "Se a mulher é organizada, o marido bota fora. E daí se ela disser: não bota, ele mata (gargalhou). Esse Imaruí, minha filha, é fogo !" (L.14)
20. "Deixa eu te perguntar uma coisa, o que achas do Silvio Santos (como candidato a Presidente da República) ?" (L.14)
21. "Comunista é alguém que quer sempre o contrário" (L.14)
22. Falando sobre a nova atendente do Posto de Saúde, cuja atuação não tem sido satisfatória. (L.16,17)
Pensando ir até a Prefeitura reclamar, se a coisa continuar como está (L.16). Pensando em fazer um abaixo assinado da população para tirar a atendente (L.17)
23. Comentando sobre o novo candidato à Presidência da Associação de Moradores (L. 16)

Quadro 10

NÍVEL SUBJETIVO

1. Está tentando alugar uma casa em outro Bairro (L. 13, 18)
2. Contando que quando houve a entrega de tickets de leite no Grupo Escolar, a moça que distribuía não quis lhe dar, disse-lhe, então, Lígia, que se não desse o ticket iria " até o Prefeito reclamar, que Dona "A". (Presidente da Associação de Moradores) só dava o ticket para quem queria..." (L. 16)

Quadro 11

NÍVEL OBJETIVO

1. Contando que uma vez ela e as vizinhas foram até o Prefeito para fazer um pedido, atendeu-as com dificuldade, mas fez o que prometeu (L. 14)
2. Encurvou o corpo para frente como quisesse ver o apontamento que eu tinha na mão .. (L. 15) (atitude para ouvir o que eu dizia sobre o " comunismo "). Associando a privatização do setor da saúde à inadequação da assistência prestada à mãe que foi internada em uma ocasião (L. 15)
O médico disse que se quisesse sua mãe " bem tratada " deveria passá-la para um quarto particular (L. 16)
3. Sentou em um banco (no Posto de Saúde) e pôs-se a conversar com outras mulheres sobre a incompetência da nova atendente do Posto de Saúde, enfatizando que deveriam tomar uma atitude (L. 17)
Resolveu ir até a casa da Presidente da Associação de Moradores explicar a situação da atendente de enfermagem e pedir que tomasse uma atitude (L. 18)
4. Contando-me que ela e o marido estão fazendo parte da nova diretoria da Associação de Pais e Professores do Colégio das filhas (L. 18)
A nova diretoria determinou que cada membro pode ter no máximo 2 faltas "Acho isso importante, pois as pessoas tem que levar a sério aquele trabalho... (L. 18)

b.3 - Reflexão/ação na vida comunitária

O tema de que mais se falou durante os contatos com Lígia, foi a vida comunitária. Parecia ser muito importante sua relação com a comunidade em que vivia.

O primeiro aspecto a chamar a atenção em nossos encontros foi a vontade, quase que obsessiva, de sair do Imaruí. Conversamos muitas vezes sobre isso ao longo de todo o período de trabalho (L. 03,04,05,14,15).

As razões que alegava para sua mudança eram principalmente relacionadas ao ambiente físico, subidas da maré, por exemplo e ao ambiente afetivo, prostituição, drogas, algazarras, vindas frequentes da polícia ao bairro e até tiroteios.

Em várias observações relata este tipo de caso e sua preocupação em relação à companhia para as filhas no Colégio do Bairro. Atribuía todos estes problemas a um determinado estrato social do Bairro, constituído pelos moradores do mangue, ou seja, pessoas que moravam, por ocupação, em local sujeito a alagamento, à beira do Rio Itajaí-Açú. Percebia-os tão diferenciados de outros moradores do Imaruí que disse ser nítida a região onde moram pessoas que "dá para conversar"; começa numa casa azul e vai até o Posto de Saúde; "esse pessoal dá para conversar" (L.02); "... os próprios pais das crianças usam drogas..." "... é um pessoal de nível muito baixo" (L.13).

Sentia-se diferente daquelas pessoas e desejava morar num local melhor. Planejou isto de várias formas. No final de nossos encontros mudou-se para uma casa melhor, mas no próprio Imaruí e continuava perseguindo seu objetivo de sair do Bairro, embora tivesse reflexão e ação bastante voltadas para melhoria das condições de vida do local.

A partir deste tema emergiram várias reflexões sobre a miséria do pessoal do mangue, e seu modo de vida. Lígia atribuía as condições de miséria do pessoal do mangue à sua preguiça. Disse que não tinham melhores condições de vida porque não batalhavam; "que ao invés de ficarem juntando papel na rua para vender, deveriam procurar um emprego numa empresa" (L.02); " que eles não lutam porque se lutassem não estariam onde estão (L.05); estas pessoas que moram por ocupação são preguiçosas, não querem nada com a vida" (L. 13).

Outra causa que apontava para a miséria era a falta de fé em Deus: " aqueles que não têm força é porque não têm fé em Deus" (L.05).

As diferenças de classe percebidas por Lígia eram reais, porém as causas a que atribuía estas diferenças expressam uma visão parcializada da realidade. É como se a preguiça fosse algo dado, natural de sua própria condição. Este "simbolismo" bem como o da religião, escamoteia as verdadeiras causas da pobreza, que vão muito além da causa psicológica, comportamental. Há também causas econômicas, sociais e culturais, dentro do próprio contexto em que se vive. Esta visão conformista tende a manter o "status quo". Pode-se dizer que, de certo modo, é do interesse da classe dominante que isto aconteça, não remetendo o sujeito a sentir-se também responsável na busca de soluções coletivas para diminuir a pobreza e a exploração.

Este conformismo expressava-se também na reflexão de Lígia em relação às amigas que tinham melhores condições de vida. Associava o sofrimento delas à sua condição de "classe". Em uma ocasião colocou que " estas pessoas têm tudo, mas não são felizes; vivem de cuca cheia " (L. 05). Não conseguia perceber o sofrimento como algo inerente à vida de qualquer sujeito, porém são diversos os sofrimentos de um e outro estrato social.

Lígia percebia os acontecimentos ao redor e sobre eles refletia e agia. Quando percebeu a distribuição irregular do leite, doado pelo governo, pelo dono de um comércio local, demonstrou sua revolta pela atitude incorreta das pessoas. Isto a impeliu para uma ação no sentido de tentar resolver o problema, mesmo que de forma individual. Parece importante, porém, que se sentia responsável e acreditava na sua intervenção para alterar situações, embora o fizesse individualmente, como por exemplo quando planejou ir sozinha até a Prefeitura para reclamar ao Prefeito e tentou convencer um jornalista que morava no Bairro para que ajudasse a denunciar a situação da distribuição irregular do leite (L.05). Quanto às causas da problemática acima refletia no sentido de colocar a culpa no "próprio povo, que é ruim". Via o governo como "bom" pois proporcionava recursos. Nesta ocasião elogiou o governo Sarney: "qual foi o outro governo que deu leite para as crianças ?" Dentro desta perspectiva criticou as greves - "para que estas greves ?" "as coisas estão caras, mas para

que as greves ?" "não significam nada porque os caras perdem emprego, muitos levam paulada na cabeça como a gente vê na T.V." (L.05).

Ao ver as pessoas como "ruins" e o governo como "bondoso e guardião" não conseguia ver que este governo pode ser composto por estas mesmas pessoas, portanto pode ser corrupto também. Deveria vê-lo com os mesmos olhos críticos que percebiam a distribuição irregular do leite, pois que a corrupção tem estado presente principalmente nos altos escalões governamentais. Não conseguia perceber, deste modo, também o outro ângulo das greves, ou seja as perdas salariais dos trabalhadores, ao longo do processo de acumulação capitalista. Visualizava este processo fora de si, como se dele não fizesse parte e não fosse mais uma de suas vítimas.

TEMA: Relação com a Pesquisadora

CATEGORIA: Reflexão

Quadro 12

NÍVEL OBJETIVO

1. Quando lhe perguntei como estava sendo o nosso trabalho, disse-me que " estava sendo mais do que bom ". " É bom ter contato com as pessoas, aprende mais um pouco. Disse que tem aprendido muitas coisas... negócios de saúde... sempre a gente comenta um pouco... e a amizade ". Agora a gente sabe com quem pode contar e até para quem encaminhar as pessoas (L. 12).

Disse também que passou a confiar mais no pessoal do Posto de Saúde (L. 12). O marido interferiu dizendo: " ela própria já passou a compartilhar o que você compartilhou com ela " (L. 12).

Na última entrevista: " para mim foi ótimo, né, gostei bastante, a gente aprende alguma coisa... foi ótimo mesmo " (L. 19)

" Tudo que a gente conversou sobre enfermagem, sobre o Bairro, sobre o calçamento, tanta coisa importante a gente falou ... " (L. 19)

" Eu acho que poucas pessoas tem esta capacidade para conversar. Tem pessoas que não dá bola. Não tem amor à profissão. Guardam a profissão só para si. E você foi um tipo de pessoa que não guardou para si, ajuda as pessoas " (L. 19)

Sobre o fato de falarmos sobre a vida:

" Claro, muito importante porque as vezes uma palavra só, resolve todos os problemas. As vezes tem que bater muitas vezes na mesma tecla, mas outras, uma palavra re-solve tudo (L. 19)

" Eu acho que foi um trabalho muito bonito, o teu, porque poucas pessoas se envolvem " (L. 19)

CATEGORIA: Ação

Quadro 13

NÍVEL SUBJETIVO

1. Durante a explanação sobre sistemas de governo Lígia interrompeu várias vezes tentando colocar exemplos de sua realidade, demonstrando que entendia o que eu estava lhe dizendo. (L. 15)
2. Lamentando que eu não tivesse conhecido sua cunhada, que mora no nordeste, é auxiliar de enfermagem. Lígia disse que fazia questão que eu a conhecesse. Procura-me no meu local de trabalho junto com a cunhada mas não me encontrou. (L. 16)

Quadro 14

NÍVEL OBJETIVO

1. Na despedida acompanhou-me a frente da casa, juntamente com as crianças (L. 8). Foi me levar até o portão. Pediu-me que voltasse sexta-feira para conversarmos (L. 10). Mandou-nos entrar e armou 2 cadeiras para que sentássemos (L. 10)
Logo que cheguei, a cumprimentei. Ela disse olha quem está aí ! Entra ... (sorrindo). (L. 12)
... Ofereceu-nos cadeiras e sentamo-nos as três (a atendente do Posto de Enfermagem, estava junto). As duas crianças menores puseram-se a volta, (L. 08)
Sorriu logo que cheguei. Disse: " até que enfim ! " Referia-se aos nossos encontros, pois fazia tempo que não nos encatrávamos. (L. 16)
2. Dizendo que gostaria que eu a continuasse visitando na nova residência. (L. 13)

b.4 - Reflexão/ação na relação com a pesquisadora

Desde o início de nosso contato Lígia mostrou-se receptiva. Na verdade a empatia foi mútua e nosso vínculo cresceu no decorrer do trabalho. Seu carinho e atenção para comigo quando chegava e me despedia denotavam isto (L. 08,10), o que fi-

cou mais claro quando solicitou que a continuasse visitando na nova residência (L. 13).

De qualquer forma pareceu-me prazeroso trabalhar junto a Lígia, o que pode ter facilitado sobremaneira sua aceitação às orientações que lhe dei e sua atenção a tudo que discutíamos.

Durante as orientações era bastante sensível a argumentação, e as discutia emitindo suas reflexões.

Nas avaliações feitas demonstrou ter gostado do trabalho - "estava sendo mais do que bom; é bom ter contato com as pessoas, aprende um pouco mais" (L.05,12,19).

Embora possa ter havido um centramento em nosso vínculo parece ter decorrido disto a facilidade com que encontrei espaço para, junto com ela, questionar seu cotidiano. A par disto pude constatar que houve certa mudança no comportamento de Lígia ao referir que mudou sua opinião em relação ao pessoal do Posto de Saúde e na declaração do marido quando disse: "ela própria já passou a compartilhar um pouco do que você compartilhou com ela" (L.12).

c) Síntese da Situação Saúde/Doença de Lígia:

Na primeira síntese da situação de saúde/doença feita após os 05 (cinco) primeiros contatos. Lígia pareceu-me pessoa importante na estruturação de sua família, sendo membro atuante nos problemas cotidianos, inclusive nos de saúde.

Parecia ter a chave para a transformação de sua vida, pois a desejava. Demonstrava vontade de crescer, inconformismo com a situação em que vivia, expressa, principalmente, em sua ação. Não chegava a perceber entretanto, os determinantes de tal situação e a relação destes com a posição social que ocupava. De certa forma questionava, em sua ação, o "status quo", porém sua reflexão era contraditoriamente, conformista. Sua ação era também individual, não chegando a perceber as questões como coletivas e que requeriam portanto ações coletivas.

Tinha acesso a algumas informações, preocupava-se e observava a realidade a sua volta porém, apreendia seus fenômenos na forma repassada pela ideologia oficial.

Esta primeira constatação foi se aprimorando ao longo do trabalho, através de outros contatos, dando origem a outras sínteses menores durante as próprias observações e ao final do trabalho.

Dentro da temática emergente nas observações a "vida comunitária", como já foi dito anteriormente, foi o assunto mais discutido por nós. Lígia parecia ter uma ligação importante com o Bairro em que vivia, não obstante sua insatisfação em ali residir. Sentia-se diferenciada, mas era sensível aos problemas que ocorriam.

Ao longo das observações mostrou, inicialmente reflexões e ações mais isoladas e individuais e, posteriormente, mais coletivas, percebendo, inclusive as vantagens do trabalho em grupo e da utilização de órgãos comunitários como a Associação de Moradores, por exemplo. Esta evolução apareceu quando relatou sua atitude em relação à incompetência de uma atendente (nova) do Posto de Saúde local (L.18) e sua participação ativa na Associação de Pais e Professores do Colégio das filhas. A reflexão, em alguns momentos, pareceu acompanhar esta mesma idéia, como quando relatou um fato ressaltando a importância da união das pessoas para conseguirem o que desejam - "olha, é como eu te digo, as pessoas se unindo, fazem as coisas"(L.14).

Fica claro, porém, que a ação de Lígia, embora questionadora, não era acompanhada de uma reflexão mais crítica. Nesta última havia uma carga ideológica expressa no conformismo ligado tanto à questão religiosa como à cultura do estrato social a que pertencia.

Via, então, os fenômenos de modo estanque, não tendo a possibilidade de proceder as ligações entre os fatos que tão bem observava. A falta deste instrumento parecia ser um obstáculo para que visse os fenômenos de outros ângulos, enfim para que tivesse uma consciência mais crítica da realidade que vivenciava.

Estas atitudes de Lígia eram reforçadas por seu cotidiano, o qual, segundo Heller (1985:29), tem como características, o ritmo fixo, a repetição e a regularidade. Para romper com a estruturação cotidiana do pensamento de Lígia era preciso intervir no sentido de ligar sua prática àquilo que observava e refletia, possibilitando-lhe uma visão mais totalizante e menos alienada da realidade. Nesta perspectiva tentei encaminhar os diversos encontros.

Pareceu-me muito positivo em Lígia e sua família, o desejo de aprender, constatado em diversos encontros e a organização com que buscava solução para as questões cotidianas, fatores que considerei, foram decisivos em seu crescimento.

3.2.2.2 - " Eu tô com três filhos, tenho que aguentá - "
Sônia

a) A posição de Sônia

Identificação: 28 anos, sexo feminino, cor branca, ama-
siada, possuindo primeiro grau incompleto, do lar, residente
em um beco da Rua Erta Thiemmer, próximo ao Posto de Saúde.

A primeira entrevista com Sônia se deu no Posto de Saúde
local, quando buscava a resposta de sua gravidez. Era, então,
mãe de 2 filhos.

O mais velho provinha de seu primeiro relacionamento, que
foi com um homem casado, fato este que veio a saber quando já
estava grávida.

Criou o filho sozinha e quando este estava com 5 anos,
conheceu o atual companheiro com quem teve o segundo filho,
hoje com 5 anos. Revelou-me, bem mais adiante, que teria tido
uma menina antes do primogênito, a qual acabou dando a uma
pessoa, pois não se sentia em condições de criar.

A casa de Sônia é de madeira, cor branca, já desbotada.
Possui 2 cômodos: cozinha e quarto. O banheiro de alvenaria,
localiza-se em construção separada, nos fundos da casa. Se-
gundo ela, foi doada pelo pai do companheiro.

Na cozinha existe uma pia, mesa com cadeiras, um guarda-louças, fogão e geladeira. O quarto possui uma cama de casal e um armário com gavetas.

Há, também, nos fundos da casa um tanque para lavação das roupas e varais.

Fisicamente Sônia é loura, cabelos compridos, pele clara, rosada nas faces, olhos azuis, mede em torno de 1.55 m, não possui dentes na arcada superior e poucos na inferior. Aparenta mais idade do que possui.

Quando a conheci referia emagrecimento de 07 kg. em 3 meses. Durante a gravidez seu peso normalizou.

Logo que a conheci contou-me que estava em dificuldades no relacionamento com o companheiro. Segundo Sônia, o mesmo "viviu em orgias noturnas" e, embora ganhasse um bom salário como estivador, gastava-o todo com mulheres e maconha. Isto agravou-se após ter comprado uma motocicleta e culminou com sua prisão em maio de 1989.

A gravidez, que acabou se constatando, não foi desejada e ficava mais difícil, por causa da tumultuada relação com o marido e de sua ausência durante o tempo de prisão - mais ou menos 4 meses. Sônia deu à luz um menino, em setembro de 1989, pouco antes de o marido sair da prisão.

Durante a gravidez fez algumas consultas de pré-natal, uma no PAM do INAMPS e as outras no Posto de Saúde do Imaruí, com a enfermeira. Sua gravidez transcorreu normalmente em termos físicos, exceto pela infecção vaginal que foi constante. Manifestou diversas vezes o desejo de fazer laqueadura durante o tempo de gravidez, acabando por não realizá-la no parto. Manifestou preocupação durante os encontros: com a saúde dos filhos, risco de contaminação pelo vírus H.I.V, vantagens da amamentação, como fazer anticoncepção, desejo de mudar-se do Imaruí e de trabalhar " fora " e separar-se do marido.

Expressava uma preocupação com a higiene de sua casa, tanto que várias vezes a encontrei fazendo algum tipo de limpeza ou arrumação ou se a casa encontrava-se desarrumada, desculpava-se (S. 02,04,05,06,07,10,11,14).

b) A reflexão/ação de Sônia:

Procedi da mesma forma já descrita para Lígia, nas 17 observações feitas com Sônia.

TEMA: A Relação com o marido

CATEGORIA: Reflexão

Quadro 01

NÍVEL SUBJETIVO

1. Falando sobre a prisão do marido, ocorrida recentemente: " pôxa, tanta coisa ruim, agora mais isso. Estou muito desanimada, não tenho vontade nem de arrumar a casa "(S: 05)
2. " Mas agora, daqui para a frente, ele não vai mais. Ele es-tá mudado. É outra pessoa " (referindo-se ao fato do marido não mais procurar outras mulheres) (S.09)
3. " O homem pode ter outras mulheres, mas as mulheres tem que ser fiéis" (S. 15)
4. Contando que havia mudado muito em relação ao marido, que seu sentimento mudou, que faz muito tempo que não " transam" e não tem vontade nenhuma (S. 17)
5. Disse estar " louca que o marido voltasse, pois o filho menor tem sentido sua falta; que ela está mal e não consegue fazer mais nada" (S. 07)
6. Sente-se melhor assim, com o marido (tendo voltado). " Tem maridos piores que abandonam a mulher grávida e nem o dinheiro dão" (S. 04)
7. Contando da prisão do marido e de sua preocupação em relação as contas e a laqueadura de trompas que pretendia fazer. O único dinheiro de que dispõe no Banco, provavelmente será utilizado para pagar a fiança para que o marido saia da prisão (S. 05)
O marido está sendo acusado de ser flagrado portando maconha, mas acha que foi a polícia que colocou a droga em sua sacola (S. 05)
8. Dizendo que não está " muito a fim de pagar a fiança", pois afinal ela a fizera sofrer tanto que " isso foi bom para ele pensar". Acha que permanecerá três ou quatro anos preso porque não é réu primário. Já foi preso outras vezes pelo mesmo motivo (S. 05)
9. " Eu estou bem, tenho arrumado minha casa, feito minha comida. Foi bom ele ter sido preso, foi um castigo merecido " (S. 06)

Quadro 01

NÍVEL SUBJETIVO

10. Discorrendo sobre as mudanças do marido após a prisão; que agora está escrevendo cartas românticas a ela e quando a encontra (na prisão) diz que agora vê a " importância da mulher na vida de um homem " (S. 05)
" Agora ele virou crente ". " Mudou muito, está carinhoso " (S.05)
11. " Eu falo, falo, mas no fundo gosto dele " (S. 08)
" Mas, também eu digo a ele, que se aprontar eu vou embora e deixo os filhos e ele, sozinhos " (S. 08)
12. Contando que o marido continua preso, que talvez pegue um ano de prisão, que se isso acontecer, não sabe o que vai fazer (L. 10)
13. Em conversa junto com ela e o marido, quando falavámos sobre contracepção e perguntei se usavam " camisinha ". Olhou para C. e num tom reclamativo disse " ele não quer fazer nada, nunca ! " (S. 13)
14. Dizendo que o marido estava ótimo, não a incomodava mais e saia poucas vezes, (após o retorno da prisão) (S. 15)

Quadro 02

NÍVEL OBJETIVO

1. Contando que o marido a abandonara disse que estava mal mas, " foi melhor eu me incomodava muito ". " Não dava mais mesmo " (S. 02)
2. Mostrando-me fotos do marido, chamou-o de meu gato " e disse que gostava dele, só que ele quer ter outras, sente medo de " pegar alguma doença " (L. 02)
3. Contando que seu marido procurou-a e a " chamou de tudo ". Acha que foi melhor ter ido embora (L. 03)
4. Relatando-me sobre a volta do marido: estão vivendo bem, pois ela " não o tem aborrecido, chega e sai a hora que quer "
5. " Pois é, não tenho medo de ele ter a doença (falando sobre a AIDS), mas que tenha pego "

CATEGORIA: Ação

Quadro 03

NÍVEL OBJETIVO

1. Contando que o marido ameaçou tirar-lhe o filho que vai nascer. Disse a ele que o 2º filho ele pode levar, mas este, ficará com ela (S. 03)
2. Mostrando-me as cartas que o marido enviava da prisão, sorria muito e seus olhos brilhavam. " Pois é, agora sou queridinha isso e aquilo. Antes era um bagaço " (S. 07)
Mostrou-me alguns arranhões no armário, resultado de uma briga entre os dois. " Eu sou muito ruim, também" (S. 07)

b.1 - reflexão/ação na relação com o marido:

A relação com o marido foi um aspecto bastante evidenciado durante as entrevistas com Sônia. Referiu-se a "problemas" na relação com o companheiro desde o primeiro contato comigo. Do que pude observar a relação era mesmo muito conturbada. Logo que a conheci o marido a abandonou. Sônia referia, ao mesmo tempo, saudade e alívio pelo marido tê-la deixado, pois a " incomodava muito " (S. 02,03). Expressou insatisfação com a atitude do marido que, além dela, tinha "outras mulheres ". Referiu medo que ele se contaminasse com o vírus H.I.V. e a contaminasse também (S. 04). Reclamou da não participação do marido no uso de métodos contraceptivos e na gravidez que ora acontecia.

Assim que o marido retornou ao lar, em maio de 1989, Sônia declarou-se feliz por isto (S. 04), porém, em seguida,

foi preso portando maconha, permanecendo na prisão até setembro de 1989, quando foi solto. Segundo Sônia não havia sido esta a primeira vez que isto ocorria.

Durante a ausência do marido Sônia, por vezes, sentiu-se sozinha e sonhou com sua volta. Segundo ela, a prisão mudara em muito o comportamento do companheiro. De fato, mostrou-me algumas cartas em que ele se declarava mudado, e fazia promessa de que a vida dos dois melhoraria (S. 08,09). Por vezes declarou-se muito bem sem o marido (S. 06) e falava mesmo em mudanças no seu sentimento em relação a ele (S. 07); " Eu não gosto mais dele não; não é aquela coisa, como antes ". Falou sobre o companheiro; disse que havia mudado muito em relação a ele; que não dava tanta atenção e que seu sentimento em relação ao mesmo havia mudado muito (S. 17). Pareceu-me sempre haver uma verbalização depreciando o marido e uma linguagem não verbal que dizia o contrário. Na verdade todas as vezes que tentava aprofundar esta questão junto com Sônia, terminava o assunto como se fosse culpada do que acontecia e comparando-o com outros maridos muito piores , na verdade " ele não era tão ruim ". Isto pareceu-me expressar a pouca vontade e/ou dificuldade que possuía para enfrentar o problema.

TEMA: Saúde/Gravidez
 CATEGORIA: Reflexão

Quadro 04

NÍVEL SUBJETIVO

1. Disse-me que tem fumado muito e tem secreção no pulmão; acha que é do cigarro(S. 02)
2. Disse que não queria mais engravidar e que gostaria que " conseguíssemos um médico que lhe fizesse laqueadura de trompas. Disse umas duas vezes de como se arrependia de ter engravidado, mas que se viesse uma menina ficaria contente (S. 02)
 Falou novamente em fazer laqueadura de trompas (S. 03)
3. Planejando dizer ao médico que o marido perdeu o emprego e que ela já estava com 3 filhos, para conseguir a laqueadura gratuitamente (S. 05,06)
4. Falando sobre sua dificuldade em tomar pílulas anticoncepcionais. Elas lhe causam náuseas (S. 07)
5. " Acho que não vou mais fazer laqueadura não. Tenho medo. Ele (o marido) não quer ". " Não sei..., tenho medo daquela anestesia das costas, acho que vai ficar ruim para cuidar da casa. Acho que vou tomar comprimido (pílula anticoncepcional) (S. 07)
6. Disse estar bem em relação a gravidez (S. 09)
7. Falando em relação as consultas pré-natais:
 "Pois é, é o que o meu marido diz: tanta coisa, para que?"
 " Os dois (filhos mais velhos) nasceram, não precisaram nem disso, nem daquilo".
8. " É por tu vires aqui e me orientar - dizer que é bom para minha saúde -, que eu vou as consultas. Se não eu não ia boba, eu não ia ". " Por que sou relaxada com negócio de médico " (S. 09)
9. " Talvez se tu não viesse aqui, eu não ia mais (a consulta pré-natal) mesmo " (S. 09)
10. " Espero que eu não esteja com AIDS. Eu tenho medo. Meu marido anda por aí, come mulher adoidado ". (S. 09)
11. Referindo estar bem e que possivelmente teria o nenem logo. mostrou a barriga, tocando-a (S. 10)
12. Questionada sobre a realização da laqueadura, disse que não faria mais, porque não consegue falar com o médico que poderia fazer de graça. " Agora é tarde. Vou tomar comprimido mesmo. Nunca me fez mal " (S. 10)
13. Não foi a consulta com a " médica " (na verdade era uma enfermeira). "Acho que deveria ter ido para ver como estava o bebê" (S. 10)

Quadro 04

NÍVEL SUBJETIVO

14. Falou-me que estava ansiosa e com " cagaço " em relação ao parto. " Os outros deram certo, vamos ver este. Tenho medo de ficar sozinha naquele hospital. Já me disseram que lá ninguém cuida da gente, que deixam as mulheres gritando " (S. 10)
15. Falando-me de sua preocupação em deixar os filhos sozinhos durante sua internação para o parto (S. 10)
16. Falando-me de sua preocupação com o fato do bebê não ter nascido. " Já passou do prazo " (S. 11)
Estava preocupada com o sangramento vaginal, e ansiosa pelo nascimento do filho (S. 11)
17. Planejando deixar de " dar o peito para o bebê ". Depois reconsiderou: " está muito novinho, né ?" (tinha 5 meses na ocasião) (S. 14)
18. Falando sobre a saúde do bebê, que está muito bem. Atribui a isso ao fato de amamentá-lo (S. 17)
19. Questionando-me se o Hospital a atenderia por ocasião do parto, mesmo não tendo INAMPS (S. 11)

Quadro 05

NÍVEL OBJETIVO

1. Questionando sobre a necessidade de fazer ultra sonografia. Acha seu custo elevado (S. 06)
2. " Agora mesmo depois da reportagem da (TV) Globo sobre a possibilidade do vírus da AIDS não existir, os homens estão todo faceiros. Mas sei que existe " (S. 04)

CATEGORIA: Ação

Quadro 06

NÍVEL SUBJETIVO

1. Inquerindo sobre como conseguir uma consulta pelo INAMPS, para pedir ao médico a realização da laqueadura de trompas (S. 04)
Ainda referindo-se a consulta no INAMPS: " preciso ir lá, e tem que ser de madrugada, bem cedo. Vou ter que dar um jeito " (S. 04)
2. Questionando-me se a laqueadura interferia na sexualidade (S. 04)
3. Dizendo-me que ia marcar consulta médica no INAMPS (S. 04)
Perdeu o telefone do médico com quem consultara e precisava telefonar para marcar a ultrasonografia (S. 06)
4. Disse que marcaria consulta pré-natal na próxima semana e que quando fosse ao centro tentaria conversar com o médico (S. 07)
Disse que esta semana sem falta iria a consulta pré-natal(S. 08)
Disse que não havia ido a consulta pré-natal e que deveria tê-lo feito para ver como estava o bebê (S. 10)
5. Contando que estava chateada pois a pílula "Micronor" não estava mais sendo fabricada e era a que conhecia e poderia ser utilizada durante a amamentação. Está se cuidando pela " tabelinha " e disse que durante a amamentação do 2º filho, não " fazia nada " e não engravidou (S. 13)
6. Parecia-me aborrecida. Suspirava após o término das frases (quando estava com sangramento vaginal, antes do parto) (S. 11)
7. Em um encontro, perto do parto, percebi-a triste (olhos sem brilho, cabelos desgrinhados, ombros caídos). No final chorou. Abracei-a. Passou o dedo nos olhos, tentando recompor-se (S. 11)

Quadro 07

NÍVEL OBJETIVO

1. Contando que não lembra de tomar o sulfato ferroso receitado pelo médico e perguntando-me para que servia (S. 05) Disse estar tomando o sulfato ferroso regularmente e perguntou-me se as fezes estarem " pretas " tinha alguma relação com o remédio (S. 06)
2. Contando-me que " tem tudo certinho para ir para a maternidade. Falou das roupas do bebê, que tem em bom número (S. 11)
3. Questionada sobre como se proteger da AIDS, disse que com " camisinha ", mas agora ele (o marido) ficou crente. " Tudo vai mudar, ele não vai sair mais com ninguém " (S. 09)
4. Havia demonstrado curiosidade sobre o método anticoncepcional do diafragma na entrevista anterior. Quis então explicar-lhe melhor sobre o método. Disse porém, que não queria, que já estava tomando pílula e estava bem, assim. Não queria conhecer outros métodos (S. 14)

b.2 - reflexão e ação na saúde/gravidez

A gestação, em consequência de toda sua situação de relação, foi um período difícil e solitário. Muitas vezes encontrei Sônia muito ansiosa e tendo que resolver uma série de problemas sozinha. O período em que mais a senti assim foi aquele bem próximo ao parto, (S.10,11).

Apesar disto e mesmo não sendo uma gravidez desejada, Sônia a foi aceitando bem, com o seu decorrer. Seu aspecto geral inicialmente emagrecido e pálido tornou-se melhor. Exceto uma infecção vaginal, que já possuía antes da gravidez, em termos físicos, tudo transcorreu dentro dos limites da normalidade.

Compareceu a poucas consultas pré-natais e somente após muita argumentação. No início, pareceu-me estar assentindo com relação à importância do pré-natal, mas em torno do sétimo encontro ficou claro que não era bem assim que pensava. Após explicar-se pelo não comparecimento à consulta, deu de ombros dizendo " mas também o que adianta eu ir até lá. Ela (a enfermeira) não vê nada. O que é que ela vê, o que é ? " (S. 07).

E assim, durante todo o tempo do trabalho, este comportamento foi uma constante, ou seja, quando parecia estar convencida ou decidida sobre determinado tema, mudava de idéia, muitas vezes após uma conversa com uma vizinha ou amiga ou mesmo com o marido. Chegou mesmo a dizer em um encontro (S. 09), que só ia mesmo às consultas porque eu estava sempre em sua casa e a lembrava.

Assim é que durante todo o período gestacional falou em fazer laqueadura de trompas. Alegava várias razões para isto como por exemplo, não querer mais filhos, dificuldade financeira para criá-los, não participação do marido na anticoncepção (S. 04,06,07,08). Tal atitude, porém, modificou-se em vários momentos pelas mais diversas razões. Por exemplo: " não farei mais a ligadura, meu marido não quer " (S. 07). Uma semana após este encontro declarou que faria a ligadura pois o mar" concedera-lhe " a liberdade de decidir (S.08).

Nos dias próximos ao parto disse que não faria o procedimento por achar muito caro - "deveria ter procurado o Dr. X, ele fazia de graça, agora é tarde. Vou tomar comprimido, nunca me fez mal" (S.10). Quando lembrei a ela o que me relatara sobre os efeitos indesejáveis do comprimido sobre si, respondeu-me "Ah, pois é, mais era só um enjoozinho à toa". Em geral sempre me parecia muito confusa na busca de soluções para seus problemas. Demonstrava certa rebeldia com o que era "institucional", não havendo sobre isto, porém, uma reflexão concomitante. Era como se os profissionais sempre a estivessem "enganando" ou não tivessem nada a acrescentar ao que sabia.

Suas atitudes me pareciam passivas pois esperava soluções prontas, rápidas e sem falhas. Pude observar bem esta questão no dia em que fui, junto com ela, ao Posto de Saúde para examinar o bebê (S.12). Logo que adentramos o Posto de Saúde, Sônia sentou em um dos bancos e expressou uma atitude de espera. Tive que insistir para que viesse comigo até a sala de consulta para conversarmos, juntas, com a enfermeira. Outro momento em que constatei este tipo de atitude foi quando me pediu que "arranjássemos um médico que fizesse sua laqueadura de trompas gratuitamente" (S.02).

TEMA: Relação com a Família

CATEGORIA: Reflexão

Quadro 08

NÍVEL SUBJETIVO

1. Contando que doou a 1ª filha que teve. Chorou muito na época. " Agora não lembro mais. Não criei, né. Mãe é aquela que cria". Não sabe nem onde ela está. Acha que não deve procurá-la pois deve estar bem (S.09)
2. Referindo estar preocupada, porque vai deixar os filhos sozinhos, enquanto estiver hospitalizada para o parto. Deu um banho caprichado em cada um, pois não sabe como ficarão (S.10)

Quadro 09

NÍVEL OBJETIVO

1. Comentando sobre seu desejo de que o filho que espera, seja do sexo feminino (S. 05)
2. Discorrendo sobre as mudanças no físico do filho mais novo (5 anos). Acha-o mais magro e pálido (S. 05)
3. Contando da preocupação com o filho mais velho (13 anos) que agora está vendendo picolés para ganhar algum dinheiro. Diz que além de " chupar " os picolés, gasta o dinheiro que ganha em " outras coisas ". O fato de ficar fora de casa também a preocupa (S. 10)
4. Relatando a reação que o filho (5 anos) teve após tomar a vacina anti-meningite (S. 13)
Não fará a 2ª dose da vacina: " uma vacina que deixa o meu filho deste jeito ? " (S. 13)
5. Preocupada pelo fato do bebê estar sempre com fome. Acha que tem pouco leite (S. 13)
6. Relatando problema com o suprimento de água em sua casa. Pretende ir até a CASAN resolvê-lo (S. 05)
7. Falando sobre o filho Jean, disse que não o levaria " aquele Posto de Saúde ali do Imaruí, pois ali não tinha nada " (S. 14)

CATEGORIA: Ação

Quadro 10

NÍVEL OBJETIVO

1. Contando que comprou o berço para o bebê (S. 04)
2. O filho (5 anos) ficou por perto durante a entrevista, entretinha-se com uma folha de papel e fita isolante (S. 05)
3. O filho mais velho varria o quintal quando cheguei (S. 07)
4. Contando que comprara roupas e objetos para o bebê. " Só faltou uma roupa para o nenê sair do Hospital, que tem que ser nova" (S. 07)
5. Brigando com o filho menor. Ele chorava muito (S. 07)
6. Preparando e dando banho no filho menor (S. 08)
7. Contando que correu muito por causa de dinheiro. O dinheiro que tinha no banco estava na conta do marido, por isso precisou ir até o advogado para conseguir a procuração. Consegui retirar o dinheiro (S. 07)
8. Prevendo que iria hospitalizar-se, lavou toda a roupa das crianças e deu um " banho caprichado " em cada um, pois não sabe como ficarão (S. 10)
9. " Naquela médica não vou mais, mandou dar chá de mato para neném e não adiantou nada " (S. 13)
Contando que enquanto estava com sangramento vaginal (antes do parto) sua irmã permaneceu consigo durante a noite e a levaria ao Hospital na manhã seguinte (S. 11)
10. Relatando que o bebê não conseguia evacuar há dias. Fomos ao Posto de Saúde para consulta, por sugestão minha (S. 12). Após a consulta, tentamos conseguir uma erva para fazer o chá que havia sido recomendado. Na volta à sua casa Sônia pediu-me que explicasse as orientações que recebemos no Posto de Saúde, ao marido. " Pois de mim ele não vai aceitar " (S. 12)
Chegando em casa ela mesmo falou das orientações para o marido e olhou para mim, como que pedindo um reforço. (S. 12)
11. Mostrando-me o bebê que estava no berço. Dizia gracinhas, acariciava-o com o rosto, até pega-lo no colo, cuidando para segurar a cabecinha com uma das mãos (S.13)
Ajeitava a roupa do bebê aqui e ali. Batia na cabecinha rindo e beijando-o efusivamente (S. 17)
12. Quando cheguei a casa de Sônia observei os dois filhos brincando de colagem. Um pouco depois o mais velho avisou que ia escamar o peixe. Sônia comentou o quanto ele tem lhe ajudado nas tarefas domésticas (S. 15)

Quadro 10

NÍVEL OBJETIVO

13. Comentando sobre o emagrecimento do 2º filho e dizendo que ainda não o levou ao médico e referiu, também, que anda muito agressivo (S. 15)
Relatou estar dando licor de cacau para o menino e ele já está eliminando vermes (S. 16). Levou o 2º filho para consultar no Posto de Saúde Local. Foi atendido por um acadêmico de enfermagem. Sônia contou-me isto fazendo caretas de desagrado (S. 17)

b.3 - reflexão e ação na relação com a família

A sua relação com a família expressou-se mais junto aos filhos, sempre presentes nos momentos das observações. Embora não tenha sido a tônica em nosso trabalho, em alguns momentos demonstrou sua reflexão em relação aos mesmos. Demonstrou preocupação com a saúde do filho menor que realmente havia emagrecido e estava bastante pálido (S.05) e quando o filho mais velho encontrava-se trabalhando, pois achava-o muito jovem para tal (S.10).

Apesar de parecer, às vezes, um tanto rude com as crianças - vi-a várias vezes gritando com os filhos -, por outro lado parecia-me afetiva, também.

A mesma resistência que tinha com as consultas pré-natais, apareceu novamente quando lhe recomendei que fizesse uma consulta de enfermagem pediátrica no Posto de Saúde, que distava 300 ou 400 m de sua casa. Demorou muito para convencer-se a levar a criança a uma instituição de saúde. Acabou levando-o ao INAMPS e constatou que estava mesmo com verminoso como eu lhe havia previnido.

Outro momento em que revela sua ligação aos filhos se dá no pré-parto, diante da preocupação de como ficariam na sua ausência e no cuidado de deixar tudo "esquematizado" para que ficassem bem.

Revela-se esta ligação afetiva também na sua preocupação com a saúde do filho recém-nascido, e surge novamente sua resistência à orientações dos profissionais de saúde do Posto local (S.13).

TEMA: Desejo de Mudar a Vida
CATEGORIA: Reflexão

Quadro 11

NÍVEL SUBJETIVO

1. Acha que pode ajeitar sua vida (ficando sozinha). Pretende trabalhar mais tarde. Já foi caixa de supermercado (S. 03)
2. Dizendo que estava cansada de ser pobre; que tinha vontade de cair fora do casamento e recomeçar sua vida. Agora, com três filhos, considera muito complicado cair fora. Como irá se sustentar ? Pretende trabalhar, mas somente quando o bebê crescer (S. 11)

Quadro 11

NÍVEL SUBJETIVO

3. Disse que não tem vontade de estar com o marido. " Criei nojo ". Vontade de pegar suas coisas e ir morar no (Bairro) São Vicente com os filhos. Mas quando pensa no bebê, que precisa de sustento amedronta-se e desiste da idéia (os filhos encheram-se d'água enquanto falava (S. 12)

Quadro 12

NÍVEL OBJETIVO

1. Falando de sua pretensão em mudar do Bairro. O marido vai para de usar tóxicos e comprar um terreno e um casa em outro bairro (S. 07)

CATEGORIA: Ação

Quadro 13

NÍVEL SUBJETIVO

1. Contando que vai colocar dentadura. Já foi ao dentista no SESI (S. 15)

b.4 - reflexão e ação no desejo de mudar sua vida

Outro tema que emergiu nas conversações foi o desejo de mudança de vida de Sônia.

É certo que este assunto aparecia somente nos momentos de crises mais agudas como a separação do marido, quando disse que ia se mudar para outro bairro onde teria uma

casa, bem mais espaçosa e melhor (S.03). Em seguida, falou-me que teria mudado de idéia pois o marido voltou, (S.04). Em outro momento quando expressava muita revolta com atitudes do marido em relação a ela, voltou a falar em mudança do Imaruí, em arranjar trabalho (S.11). Logo após o parto, queixou-se novamente do marido e falou em mudança (S.12). Parecia que só lembrava de avaliar sua vida no momento em que estava tudo muito difícil, e isto tinha relação direta com o marido. Se com ele estava "bem", tudo mais ficava da mesma forma, se sua relação balançava, sobrevinha o desejo de mudar. Parecia não entender a mudança para melhor como uma coisa que podia acontecer dentro da relação com o marido, em que ela própria teria uma participação para que ocorresse. Sempre via como limitação os filhos e o fato de depender do marido financeiramente, o que eram situações reais (S.05,09,10,11,13).

c) Síntese da Situação de Saúde/Doença de Sônia

Os dados colocados anteriormente apontavam, de imediato, a situação de classe de Sônia e sua família. O trabalho do marido como estivador, de onde provinha toda a renda doméstica era um trabalho assalariado. Não ficou claro se sua renda provinha somente daí. Considerando que Itajaí é uma cidade portuária, onde o tráfico de drogas é uma realidade contumete e a prisão do marido de Sônia portando drogas, poder-se-ia suspeitar que o mesmo traficasse drogas e/ou as usas-

se. O comportamento dele, relatado por Sônia confirma ainda mais esta suspeita e me leva a crer que a renda familiar, embora pudesse ser " razoável " em certos momentos, devia oscilar muito, trazendo os transtornos enfrentados por Sônia durante o período em que nos encontramos.

Pertencendo a um estrato social baixo, Sônia tinha um comportamento associado a esta posição ocupada na escala social. Seu comportamento passivo diante das situações relatadas denotava este fato. Somava-se a isto o fato de ser mulher e certamente incorporar comportamentos associados a este papel. Incorporava a situação de dominada, a qual se relacionava imediatamente a dependência (como mulher e cidadã), não vislumbrando sua intervenção como algo que pudesse modificar sua própria situação de vida. Esta questão expressava-se na relação com o marido que se apresentava nos mesmos moldes, já há algum tempo, sem que Sônia, ao menos, conseguisse se ver como sujeito, que poderia alterá-la.

O pouco acesso à educação formal também se relacionava à sua posição social. Sônia tinha o primeiro grau incompleto e demonstrava grande dificuldade no entendimento de qualquer situação mais complexa. Sua prática e a de outrem (amiga, vizinha) sobrepunha-se a quase toda informação advinda de fontes profissionais. O cotidiano rígido não conseguia romper-se, para que refletisse sobre ele. Isto expressou-se nas constantes mudanças de opinião sobre os assuntos que dis-

cutíamos, para o que não parecia haver muita reflexão. Ouvia uma nova coisa e tudo que havia decidido se modificava rapidamente.

Como consequência desta posição Sônia possuía uma reflexão truncada, estanque, que não lhe permitia fazer associações que relacionassem fatos concretos aos conhecimentos teóricos que lhe eram repassados.

Sua indecisão em torno da laqueadura expressou este problema. Em cada momento que discutíamos a questão, emergia um outro detalhe ou posicionamento que Sônia não conseguia acoplar aos anteriores. Consequentemente não parece ter ficado claro para ela sua decisão final. As razões que alegou para não buscar uma forma de realizar a cirurgia foram desde sequelas sexuais, até motivos religiosos. Por fim, concluiu que na verdade não daria mais tempo de conseguí-la gratuitamente e, por isto, não a fez. Porém, logo após o parto voltou a cogitar a possibilidade de sua realização.

O mesmo se dava nas suas reflexões em relação ao seu companheiro. Em um momento queixa-se de que ele não participava - e mesmo se negava a conversar - sobre os métodos contraceptivos, em outro momento pedia sua opinião e conformava-se totalmente a ela, sem considerar suas necessidades colocadas, em outra ocasião.

Não conseguia, também, pelo menos em nível de verbalização, ter alguma clareza do que queria ou de que os fenômenos são dialéticos ou seja, para ela ou estava tudo bem com o marido e aí nada havia a modificar ou estava tudo "muito" mal e portanto precisava haver uma mudança radical, em relação a isto.

A ação de Sônia, por sua vez, também refletia o que vem sendo colocado. Observei a demora com que tomava qualquer decisão em relação ao marido, gravidez, saúde dos filhos, laqueadura e tinha a impressão de que ela não conseguia enfrentar seus problemas. Adiava-os até que fosse obrigada a decidir pelas próprias contingências. Há que se considerar aqui a situação de crise em que se encontrava e que pode ter influenciado em seu comportamento, tornando-o mais passivo.

Já aquela ação ligada a tarefas rotineiras, pertencente ao papel de "dona de casa" do estrato ao qual pertence, parecia-lhe uma situação clara e não havia questionamentos. Se os havia eram em relação ao marido que não lhe proporcionava os bens materiais que lhe dessem mais conforto. Mas suas necessidades, expressas nos desejos que tinha, vinham sempre acompanhadas de certa dose de impotência, como se nada pudesse realizar em prol de si mesma.

Sua ansiedade, quase que constante, e os problemas por que passou durante o desenvolvimento do trabalho, dificultaram, parece-me, um trabalho mais sistemático junto a Sônia. Quero dizer, cada vez que chegava a sua casa estava tão carente e ansiosa - geralmente havia razões reais para isto - que me propunha a ouvir suas queixas sem interferir demais.

3.3 - O Processo Educativo, os conceitos e sua Possibilidade Prática

3.3.1 - Introdução

Os conceitos desenvolvidos durante a elaboração do marco conceitual para a prática da Educação em Saúde serviram como um referencial para direcionar o olhar que, como profissional, eu dirigia para os fatos que observava e sobre os quais interferia. Especificamente, os conceitos de posição, reflexão e ação foram operacionalizados a fim de que a realidade fosse convenientemente captada e analisada.

O entendimento de que o processo saúde/doença é resultado da qualidade de vida, e que se apresenta diferenciado nos diversos estratos sociais, possibilitou a abordagem do processo educativo de indivíduos concretos, dentro do seu contexto, no Bairro Imaruí, Itajaí - SC.

As dificuldades encontradas pelos indivíduos para o acesso aos serviços de saúde e relatadas em alguns contatos com os mesmos, demonstram o fato acima referido. Em vários contatos com Sônia, por exemplo, apareceu a dificuldade de realizar laqueadura de trompas gratuitamente; já, Lígia, relata sua insatisfação pela dificuldade de permanecer no hospital com seu filho de 3 anos, quando foi operado, chegando a procurar o Prefeito da cidade para que aquele conseguisse sua permanência na Instituição (L/11).

No meu entendimento houve adequação entre os conceitos fundamentais e a sistemática para operacionalizar a captação da realidade. No caso, com o uso das categorias de posição, reflexão e ação.

Estes conceitos instrumentalizaram a visão sobre os sujeitos e seu "modus vivendi", permitindo ao pesquisador a noção da totalidade da vida como determinante da saúde/doença. Os dados coletados nos contatos com os sujeitos, embora sem sistematização rigorosa, retratam, com pertinência, o quadro de saúde de muitos brasileiros. As histórias de vida de Lígia e Sônia contêm os elementos de que falávamos no início do trabalho, ou seja, a posição de classe, o acesso a instrumentos educacionais, a posição dessas famílias no processo produtivo. Sônia, por exemplo, na época com 26 anos, aparentava mais idade do que possuía. Tinha excessivas rugas na face, poucos dentes, mostrando o desgaste precoce, tão comum, nos

estratos sociais baixos e que é determinado, em grande parte, pelas relações que estabelecem no processo produtivo.

O cotidiano, aparentemente mecânico e sem conexão com o mundo externo, expressa as limitações e possibilidades do indivíduo na busca de melhoria para sua vida. Mostra a ação, resultado da posição e reflexão, ou seja, o ser e estar no mundo. A dominação ideológica aparece como uma "camisa de força", impedindo que o indivíduo possa tomar consciência dos diferentes ângulos dos fenômenos e as suas verdadeiras necessidades, enquanto pertencente a um determinado estrato social. Este tipo de consciência é que denomino, neste trabalho, "consciência ingênua".

Ao mesmo tempo, no entanto, a estrutura cotidiana, rígida e mecânica, pode ser um canal através do qual o indivíduo pode compreender os fenômenos que o cercam, pois a vida cotidiana não está 'fora' da história, mas no centro do acontecer histórico: é a verdadeira essência "da substância social" (Heller, 1985:20). Esta compreensão do indivíduo em relação aos fenômenos é a consciência crítica, característica que acaba por determinar a condição de cidadania plena.

A expressão da vida cotidiana também possibilita conhecer o indivíduo no seu mundo concreto, ensejando uma intervenção mais coerente e adequada.

Pouco a pouco, como se montasse um quebra cabeças, cada contato com os sujeitos ia levando à percepção de mais um fragmento, até vislumbrar o contorno da totalidade da dinâmica da vida desses sujeitos. Nem sempre consegui intervir tendo esta clareza. Por vezes, minha "antiga" prática se sobrepunha, tinha que dizer alguma coisa, prescrever, aconselhar. Ficava ansiosa em ter que escutar mais, questionar mais e prescrever (atuar) menos. Porém, ao final, senti estar junto destes sujeitos, de outra forma que não aquela tradicional, numa instituição de saúde, protegida por uma mesa ou por um uniforme, ou seja, um modelo de saúde institucional justificador do tipo de assistência padronizado e desigual, portanto a-histórico. Aliás, no início do trabalho, num primeiro momento, coletei os dados com um questionário direcionado e abrangente. Percebi, logo no primeiro contato com um dos sujeitos, que o material coletado não respondia ao meu anseio sobre a captação da vida concreta do sujeito. Suas respostas ao "esquema" por mim elaborado pareciam ser mais em função das expectativas que os sujeitos imaginam que os profissionais de saúde têm, do que propriamente o que eles, pessoalmente, pensavam e sentiam. Foi quando decidi ir até os domicílios, sem um roteiro pré-estabelecido. Desta forma, mais próxima, pude visualizar o cliente na sua realidade concreta. Isto, de alguma forma, foi captado pelos sujeitos. Lígia disse que "foi muito importante a gente ter conversado, tu saberes alguma coisa sobre a minha vida" (L.12). Na última entrevista de Sônia, quando lhe perguntei se havia aprendido

algo sobre saúde, respondeu-me que sim mas o que mais a havia ajudado, era mesmo a atenção que lhe dispensara (S.17). Parece haver nesses sujeitos a percepção de que uma atenção profissional eficiente é, além de técnica, integradora e afetiva. Isto vem a corroborar com os achados de Minayo e Souza (1989:97) que concluem que, também, para os indivíduos de um segmento de trabalhadores que ganham de 0 a 2 salários mínimos, a concepção de bom atendimento inclui competência técnica e relacionamento pessoal.

Assim foi que, durante 14 meses, pude exercitar uma prática educativa junto aos sujeitos. Cabe agora refletir sobre ela, de maneira mais profunda, buscando revelar a sua essência e verificando qual sua possibilidade como prática a ser empreendida pelo enfermeiro.

3.3.2 - A Posição, reflexão e ação e sua possibilidade operacional no processo educativo

Os conceitos de posição, reflexão e ação foram instrumentais que, no processo educativo junto aos sujeitos, permitiram uma aproximação com a realidade dos mesmos e uma intervenção enquanto profissional e pesquisadora, nessa mesma realidade.

Estes elementos, que ao final fornecem um contorno da realidade do sujeito, foram se construindo aos poucos, na medida em que a cada encontro, um novo dado se incorporava ao conhecimento que eu tinha como observadora, permitindo um avanço na análise e intervenções cada vez mais acuradas e substanciais. Quero dizer, a posição, reflexão e ação dos sujeitos que descrevo aqui, com alguma clareza, surgiram de diversos elementos que, juntos, no acontecer histórico do sujeito, fazem algum sentido para mim.

A posição, que em última instância, se refere ao lugar que o indivíduo ocupa no processo produtivo, é um importante determinante a definir a vida do indivíduo em todas as esferas. Daí decorre seu pensar e agir.

Os dois sujeitos em questão, moravam em um bairro de periferia, cujas características descrevo no capítulo introdutório e, por si, dizem alguma coisa do modo de vida de seus moradores. Há, porém, que se levar em conta, ainda, as características individuais desses sujeitos, já referidas na descrição dos dados, as quais, por assim dizer, são determinantes de suas práticas.

Tais práticas, então, expressam a reflexão e ação dos sujeitos resultado de seu modo de viver. Neste sentido, um dos aspectos que chama a atenção nas reflexões dos sujeitos é que, se por um lado, suas ações tendiam ao inconformismo com

a situação em que viviam, coexistia, paralelamente, em sua reflexão, uma impregnação ideológica que lhes aprisionava, vendando-lhes os olhos para a realidade concreta. Por exemplo Lígia disse que até poderia ter mais, " mas nem todo mundo agrada a Deus e a gente não sabe se merece. A gente tem que sofrer um pouquinho para chegar lá ". " Devemos saber levar a vida e agradecer a Deus todos os dias "(L.07). Aqui, a questão religiosa serve como uma justificação para enfrentar a condição de pobreza em que viviam. Ter preconceitos é cômodo porque nos protege de conflitos, porque confirma nossas ações anteriores. O mecanismo também pode ser indireto: nossa vida que não pode alcançar seu objetivo em sua verdadeira atividade humano-genérica, consegue então um " sentido " pleno no preconceito, (Heller, 1985:47).

Sônia tinha problemas sérios no relacionamento com o marido, mas em determinados momentos tinha uma atitude passiva que, em parte, decorre de uma reflexão justificadora para continuar com ele, como por exemplo quando diz sentir-se melhor tendo o marido de volta, pois afinal, " tem maridos piores, que abandonam a mulher grávida e nem dinheiro dão " (S.04).

O desvendamento destas questões, ou seja, a ampliação dessa visão parcial do sujeito através do acesso a um conhecimento de outros determinantes destes fenômenos, seria uma das formas do indivíduo entender e decidir criticamente as

situações de sua vida.

Cabe, no entanto, ressaltar que seria ingênuo relacionar o avanço da reflexão do sujeito apenas à questão do acesso aos conhecimentos. Como afirma Arroyo (1987:73), não podemos vincular a alteração da consciência apenas ao saber, à ideologia, mas também às formas de produzir a vida material, às relações sociais de produção.

Disto decorre que a passagem de uma consciência ingênua para uma consciência crítica envolve necessariamente a concomitante busca de mudança no modo de produção como já foi analisado no capítulo II, referente ao Marco Conceitual para assistir o indivíduo em sua educação em saúde.

É preciso, então, refletir, junto com os sujeitos, não só sobre seu modo de pensar, mas sobre sua práxis, seu pensar e fazer, pois, a alusão ao concreto vivenciado é mais direta e tem maior possibilidade de suscitar a reflexão do sujeito sobre algo conhecido. Senão, vejamos: com o intuito de saber como Lígia refletia sobre o atendimento nas Instituições de Saúde, perguntei-lhe o que achava do INAMPS, dos Hospitais. Sua resposta foi que não tinha reclamações sobre as instituições. Perguntei, então como havia sido atendido seu filho de 3 anos durante a internação recente, para submeter-se à cirurgia. A partir daí, argumentou de tal maneira que ficou clara sua insatisfação com o atendimento - " as mães não po-

dem ficar com os filhos que é para que as pessoas não vejam o que fazem de errado, lá "(L.11). Isto revela que o sujeito, quando referido a uma realidade abstrata (e é essa a forma pela qual normalmente o inquirimos) - Instituições de Saúde, Hospitais -, não consegue expressar-se fora da ideologia dominante, ou seja, " não se deve 'reclamar' do atendimento ". A contradição aparece quando a referência para a expressão do pensamento é a sua prática numa instituição ou instituições específicas. Aí pode relatar o 'como' aconteceu consigo. Esta contradição pode ser ressaltada para o sujeito, de modo que possa ir aos poucos percebendo outros fatos de sua realidade - no caso - o atendimento deveria ser aquele idealizado, mas o real é aquele que suscita reclamações, sim !

A consciência crítica, do modo como vejo, deve levar o sujeito, em última instância, a engajar-se de modo coletivo nas lutas pela melhoria da qualidade de vida, pela transformação no modo de produção da existência.

Este processo, porém, se dá lentamente, e cumpre diversas etapas. Assim, o sujeito pode estar mais ativo na busca de uma melhor qualidade de vida para si, a posteriori pode lutar para que isto se estenda aos moradores de seu bairro, a outros que pertençam ao mesmo estrato social e assim por diante.

Durante meu trabalho percebia estas diferenças de nível na reflexão/ação dos dois sujeitos, embora sua posição, em termos de estrato social fosse a mesma. Por exemplo, Lígia, percebia os fatos que a rodeavam, fazia associações entre eles e se colocava ativa na busca de melhores condições de vida para sua família - " as pessoas, para terem as coisas, precisam batalhar. Que ninguém ajuda, não. A gente é que tem de ir "(L.02). No entanto, Sônia, além de aparentar menor preocupação com os fatos que a rodeavam, tinha uma atitude mais passiva diante da vida - os outros é que deveriam fazer. Por exemplo disse, em um contato: " gostaria que vocês conseguissem um médico que me fizesse a laqueadura de trompas " (S.02). Esta percepção de diferentes níveis em relação à passagem da consciência ingênua para a consciência crítica, fornece ao enfermeiro dados sobre o sujeito, de modo que sua intervenção possa adequar-se à possibilidade do que o indivíduo pode apreender (dar conta) aqui e agora. Mesmo porque a consciência crítica de que se fala não pode ser forjada, mas advém da práxis do sujeito e a ela retorna. Há que se ter, portanto, paciência histórica, pois não depende só de nossa intervenção mas, também, do modo de acontecer da sociedade e de um querer do indivíduo para que o processo educativo seja profícuo e o torne cada vez menos alienado.

O processo educativo como concebi e pratiquei, pressupõe uma intervenção paralela à apreensão de quem é o sujeito, mas isto se dá na medida em que me aproximo de sua realidade con-

creta de sua dinâmica. A intervenção pode, portanto, ser mais coerente com aquilo que o sujeito é e com o modo como experimenta sua vida. Isto de certa forma, a torna também mais adequada e eficaz. De nada adianta ficar 'martelando' com uma determinada orientação, quando não sei como isto é vivenciado por este sujeito ou como se acopla ao seu referencial de vida. Durante os contatos com Sônia, que estava grávida, vivia 'insistindo' para que fizesse as consultas de pré-natal com regularidade, uma vez que isto não estava acontecendo. Na verdade esta atitude profissional decorre da prática do modelo que " medicaliza " a vida, não considerando o indivíduo como alguém que não sabe cuidar de sua saúde, tendo que passar necessariamente, todo o tempo, por 'consultórios médicos'. Este discurso hegemônico acaba por retirar das pessoas a responsabilidade e mesmo a atenção ao que se lhe acomete e o discernimento para que procure recursos quando isto realmente se fizer necessário.

Assim, ao comentar com Sônia sobre sua negligência quando 'as consultas, respondeu-me que durante a gravidez dos outros três filhos, não fez nenhum exame e nunca tivera qualquer problema nos seus partos. Sua experiência lhe mostrou que as pessoas podem ter filhos sem problemas, sem consultas pré-natais. Não estou, com isto, negando a importância que estas tem para a gestante. Quero dizer que é importante relativizá-las para não nos tornarmos estereotipados profissionalmente.

Para que houvesse esta transparência entre mim e Sônia, no entanto, foi preciso um bom número de contatos e, talvez, um espaço para que este tipo de 'sentir' fosse verbalizado.

Cabe ainda ressaltar que o processo educativo não se dá num só sentido ou seja do educador para o sujeito. O processo aqui é bilateral, havendo para educador e educando, a cada momento, a possibilidade de aprender. No caso acima citado acabei por rever minha postura que não estava condizente com aquilo que tenho buscado.

As intervenções foram, pois, resultado de algum conhecimento que tinha sobre o sujeito, de como vivia e das sínteses provenientes das reflexões feitas após cada contato e acontecia num continuum, com o vínculo que se estabelecia com o sujeito. Por exemplo no contato com Lígia, em diversos momentos, o tema 'vida comunitária', surgiu em nossas conversas. Falamos muito sobre o modo de vida das pessoas que moravam em seu Bairro, e de outras questões. Quando falávamos sobre a corrupção que acometia a sociedade brasileira, em geral, ela se referiu a um problema na distribuição do leite (L.05). Havia identificado aí um caso típico de corrupção e estava pensando em tomar uma atitude. Pensou em ir até o Prefeito para denunciar. Questionei se não poderia ir até o Prefeito, porém, junto com algumas vizinhas, ou através de uma ação conjunta com a Associação de Moradores do Bairro. Na ocasião, ela disse que com a Associação não trabalharia, mas que com

as vizinhas, talvez. Por diversas vezes, falamos sobre a importância de as reivindicações serem conjuntas ao invés de isoladas. Então, quando falávamos sobre a dificuldade dos moradores do bairro em conseguir calçamento para as ruas, Lígia referiu-se a um programa de T.V. quando uma reivindicação conjunta da população havia sido atendida: "olha, é como eu te digo, as pessoas se unindo fazem as coisas". Quanto a sua desconfiança em relação à Associação de Moradores, fiquei sabendo, com o tempo, que esta era mesmo pouco atuante e havia favoritismos por parte da Presidente, que funcionava como cabo eleitoral de um determinado partido político.

É esta intervenção, no cerne da vida prática do sujeito, que deve ser perseguida por aqueles que, de algum modo, buscam uma nova forma de educar, de sorte que o cidadão, como sujeito no acontecer histórico, faça suas escolhas a partir de opções reais.

Assim, a consciência de que o atendimento à saúde não está bom, por si, não melhora este mesmo atendimento, mas pode levar o sujeito (individual/coletivo) a buscar a sua transformação. O modo de ser, então, do profissional "não pode mais consistir na eloquência "motor exterior e momentâneo dos afetos e das paixões", mas num imiscuir-se ativamente na vida prática, como 'construtor, organizador, persuasor permanente'" (Gramsci apud Nosella, 1980:89)

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, este trabalho constituía-se numa exigência da disciplina "Prática Assistencial de Enfermagem", constante no Currículo do Curso de "Mestrado em Assistência de Enfermagem". Posteriormente, tendo em vista a necessidade do desenvolvimento e descrição de práticas de enfermagem, no sentido de enriquecer o corpo de conhecimentos da profissão, considerei a possibilidade de efetuar, com maior profundidade, o estudo das situações encontradas, cujo resultado é o relato que acabo de escrever.

Na disciplina havia um roteiro e algumas normas a seguir, as quais deveriam ser consideradas no trabalho, ou seja, deveríamos desenvolver um modelo para a prestação da assistência, no meu caso, na Educação em Saúde. Se este fato, por um lado, impôs limites ao que eu pretendia, ofereceu, por outro, um ponto de partida, um referencial importante de onde eu pude construir uma experiência, à qual, aos poucos, fui imprimindo minha marca pessoal.

O cotidiano, embora pragmático, rígido e sem conexão em sua aparência, se apresenta como espaço adequado para que o profissional enfermeiro e o sujeito realizem um trabalho na busca do desenvolvimento da cidadania plena, de uma consciência crítica. Neste espaço existe sempre a possibilidade de maior aproximação ao concreto vivenciado pelos indivíduos e, aos poucos, às conexões de sua realidade, para buscar conhecer as raízes das questões mais importantes de suas vidas. Há também a possibilidade de mostrar ao indivíduo, fatos e relações entre estes fatos, os quais fazem sentido dentro do contexto e podem ajudá-lo a tomar decisões mais adequadas em relação à sua vida e, conseqüentemente, à sua saúde.

Ao penetrar na realidade concreta dos sujeitos, pude observar como a ideologia dominante perpassa todas as esferas do pensar e do agir retirando do indivíduo a possibilidade de ver o "todo" na sua realidade de classe, como também os recursos de que dispõe para buscar a melhoria da qualidade de sua vida.

Dada a amplitude do trabalho e, em face dos objetivos que o orientam, a questão da ideologia não pôde ser aprofundada. Creio, que é, no entanto, um importante ponto a ser considerado e trabalhado pelo enfermeiro quando se trata da transformação de consciências.

O vínculo com o sujeito, pareceu-me um fator decisivo para que pudesse penetrar em seu mundo. Este vínculo não se estabeleceu num primeiro momento. Embora tenha havido uma "simpatia" inicial, foi com a convivência nos encontros constantes que a relação pôde tornar-se mais profunda, a ponto de haver uma credibilidade recíproca entre sujeitos e profissional.

Deste vínculo, que não precisa ser exclusivamente com indivíduos mas, também, com grupos, parece decorrer um atendimento mais humano, individualizado e contextualizado, levando a diagnósticos e intervenções mais acuradas.

Este tipo de abordagem que exercitei na Educação em Saúde, determinou também, que não houvesse no desenvolvimento do trabalho, etapas rigidamente separadas. Ao contrário, elas devem interpenetrar-se a todo o momento. Captação e análise dos dados, intervenção e avaliação dão-se num continuum, como a vida das pessoas, e não devem, portanto, estar seccionadas. Deve fazer parte do aprendizado dos indivíduos a busca dessa visão mais totalizante, que nossa sociedade secciona e departamentaliza. É, portanto, necessário que da própria prática surja este outro referencial.

Nesta perspectiva, educando e educador vivenciam o processo educativo, fazendo e refazendo conceitos e posturas. De um lado ofereço alguns conhecimentos ao indivíduo para

que possa refletir, de outros ângulos, sobre sua vida e saúde/doença; de outro lado este instrumental só adquire sentido, quando colocado pelo próprio indivíduo, em seu mundo e confrontado com conhecimentos que possui acerca dos fenômenos, ou seja, "o conhecimento se desenvolve na medida em que as pessoas pensam e refletem sobre a experiência vivida em todas as práticas" (Freire, apud Rezende e Nascimento, 1988: 15).

Cabe ressaltar que este processo se dá de forma diferenciada para cada sujeito. Quero dizer: os sujeitos possuem diferentes estágios de consciência. Digamos que esta pode estar mais próxima ou mais distante de uma crítica. A etapa de "síntese da situação de saúde/doença" de Lígia e Sônia mostra-nos isto. A percepção, pelo profissional, destes diferentes estágios pode ajudá-lo a encaminhar uma intervenção mais coerente com o que o sujeito pode dar conta aqui e agora.

Ir ao domicílio dos sujeitos pareceu-me importante no sentido de que com isto se possa atingir uma população que não procura os serviços de saúde e, na maioria das vezes, é a mais carente de assistência.

O desenvolvimento deste trabalho foi, para mim, aprendizado e amadurecimento de uma outra postura profissional.

Uma das maiores dificuldades que vivenciei durante todo o desenrolar da pesquisa foi esta mudança de postura, a que já me referia na introdução, advinda, inicialmente, de um querer intuitivo que agora adquire mais consistência e cientificidade, na medida em que pude refletir e sistematizar o que experimentei. Foram vários os momentos em que me defrontei com a tendência de ser paternalista e enquadrar e seccionar realidades, com o esteriótipo do enfermeiro prescritivo e autoritário e com a distância entre o estrato a que pertença e aquele com o qual trabalhei.

Entretanto foi esse conflito entre a antiga e a nova postura que me permitiu aprofundar e firmar minhas crenças, anteriormente, de certo modo, superficiais. "O desvendamento das condições objetivas de vida constitui uma práxis que deve ser exercitada, não só pela população mas, também, pelo educador de saúde" (Rezende e Nascimento, 1988:13).

Este modo de trabalhar exige do profissional enfermeiro um conhecimento mais profundo e amplo em relação ao mundo que o cerca, para que possa relacionar os fatos do cotidiano a determinantes mais gerais.

Disto decorre que a busca da cidadania plena ou da consciência crítica tenha que começar por ele mesmo, senão corre o risco de estar sendo um esteriótipo.

O gosto pelo que eu estava fazendo, a liberdade de experimentar foram fatores de motivação para que levasse a termo a construção deste estudo.

Uma atendente de enfermagem do Posto de Saúde local acompanhou-me em várias visitas aos sujeitos da pesquisa prestando informações extras sobre o que lhes acontecia. Isto em muito auxiliou para o encaminhamento do trabalho. O conhecimento que possuía da comunidade e mesmo sua proximidade afetiva com os moradores foi um elemento facilitador para que eu pudesse entender e penetrar naquele mundo. Além disso, trocamos idéias que me permitiam compreender melhor a realidade concreta daquele Bairro.

Enfim, o processo de Educação em Saúde é lento e interfere na vida do sujeito de modo que lhe proporcione instrumentos para que aprenda a aprender. Isto é mais difícil na medida em que se lida com estratos sociais que não têm acesso a esta instrumentalização ou o têm em pequena escala. Penso que a Educação em Saúde da forma como a encaminhei acaba por instrumentalizar o sujeito de forma que ele se eduque (ou se re-eduque) para a vida.

Este é um processo desafiador e amplo que não deve ser exclusivo do enfermeiro, mas, ao contrário, suscita um trabalho transdisciplinar que evidentemente, não se limita á área da

saúde.

Necessária se faz, também, a pesquisa dos trabalhos desta linha teórica, os quais não fiquem limitados a mensurar, nos sujeitos, mudanças de comportamento isoladas. A utilização de instrumentos qualitativos de medida, nestes casos, parece ser adequada para que se busquem resultados fidedignos do processo.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ARROYO, Miguel G. Educação e exclusão da cidadania. In: BUFFA, ARROYO & NOSELLA. Educação e cidadania: quem educa o cidadão ? São Paulo: Cortez, 1987. 94 p.
- 2) BARROS, M. B. de A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos; uma proposta. Rev. Saúde Pública, São Paulo, n. 20, p. 269 - 273, 1986.
- 3) BRAGA, J. C. S., PAULA, S. G. Saúde e previdência social; estudos de política social. São Paulo, CEBES - HUCITEC, 1981. cap. 2 e 3, p. 41-145.
- 4) CANDEIAS, Nelly M.F.. Necessidades educativas de puérperas com alta médica. Revista Brasileira de Enfermagem, Distrito Federal, n. 34, p. 146-152, 1981.

- 5) CARDOSO DE MELO, I. A. Educação Sanitária; uma visão crítica. CADERNOS CEDES, Educação e Saúde; São Paulo n. 04, S.P., Cortez, 1984. p. 28-43 .
- 6) DEMO, Pedro. Avaliação qualitativa. São Paulo: Cortez, 1987. 103 p.
- 7) DOMINGUES, Edith de F.. Modelagem de comportamento da gestante tabagista - cuidado preventivo da enfermagem obstétrica. Revista Brasileira de Enfermagem, Distrito Federal, L. 34, n. 02, p. 153-163, abr, mai, jun, 1981.
- 8) DUARTE, Sérgio R. Ledo. Participação popular en salud. Revista Cubana de Administración de la salud. n. 10, p. 212-227, jul - set, 1982.
- 9) FALEIROS, V. P. A política do estado capitalista. São Paulo: Cortez, 1980, cap. 3, p. 41-74.
- 10) FREIRE, Paulo. Educação e mudança. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1983.
- 11) GONÇALVES, Gladys Hebe Turrissi. Diagnóstico de comunidade com enfoque na saúde, no bairro Imaruí, Itajai, SC. UFSC, Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em assistência de Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, 1991, 120 p.

- 12) GRAMSCI, Antônio. Os intelectuais e a organização da cultura. 6ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira. 1988, 244 p.
- 13) GREEN, B. A saúde do mundo. Suíça, n. 13, p. 7, Abr/mai 1983.
- 14) HAGUETTE, Teresa Mª Frota. Metodologias qualitativas na sociologia. São Paulo: Vozes, 1987. 163 p.
- 15) HELLER, Agnes. O cotidiano e a história. Rio Grande do Sul: Paz e Terra, 2ª ed., 1985. 121 p.
- 16) IDE, Cilene A. C., CHAVES, Eliane C. Saúde e educação enquanto práticas sociais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 225-236, ago 1990.
- 17) KAMIYAMA, Yoriko e colaboradoras. Educação para saúde no controle das doenças transmissíveis: uma experiência de integração hospital - escola de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Distrito Federal, v. 35, n. 1, p. 74-80, 1982.
- 18) KOSIK, K. Dialética do concreto. Neves, C. & TORIBIO A, (trad.). Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1976.

- 19) LEOPARDI, Maria Teresa. Reflexões acerca da assistência de enfermagem ao indivíduo como ser humano, Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. 1985, 149 p.
- 20) _____. O objeto de trabalho em enfermagem. XIV Jornada catarinense de Enfermagem. Anais, Chapecó - SC, 1986.
- 21) _____ e Cols. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem - Uma aproximação com instrumentos de trabalho. 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais. Florianópolis/SC, set. 1989.
- 22) LIMA, Maria Lúcia Ferreira & Cols. O enfermeiro e seu compromisso social, XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais. Fortaleza, 1979.
- 23) LÜDKE, Menga e André. Marli E.D.A. Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- 24) MARX, Karl. Sociologia. organizador Octávio Ianni, 4ª ed. São Paulo: Ática, 1984. 214 p.
- 25) _____. Contribuição à crítica da economia política. Alves, M. H. B. (trad.) São Paulo, Martins Fontes, 1991.

- 26) MINAYO, M. Cecília de S., SOUZA, Helena de Oliveira. Na dor do corpo, o grito da vida. In: Rosário Costa et al. Demandas populares, políticas públicas e saúde. São Paulo: Vozes, 1989. 182p.
- 27) NASCIMENTO, Estelina, REZENDE, Ana Lúcia. Criando histórias aprendendo saúde. São Paulo: Cortez, 1988. 151 p.
- 28) NOSELLA, Paolo. Educação e cidadania em Antônio Gramsci. In: BUFFA, ARROYO & NOSELLA. Educação e cidadania: quem educa o cidadão ? São Paulo: Cortez, 1987. 94 p.
- 29) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Participacion de la comunidade en la salud. y el desarrollo en las Américas. E. U. A., 1984.
- 30) PARO, Vitor A. Administração escolar: introdução crítica São Paulo: Cortez, 1986.
- 31) PILON, André F. Desarrollo de la educacion en salud; uma actualizacion de conceptos. São Paulo. Revista de Saúde pública. v. 20, n. 5, p. 391 - 6, 1986.
- 32) PINTO, Alvaro Vieira. Sete lições sobre educação de adultos. 5 ed. São Paulo, Cortez, 1987. 117 p.

- 33) QUEIROZ, Vilma M. de, EGRY, Emiko Y. Bases metodológicas para assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v 41, n. 1, p.26-33, jan./mar. 1988.
- 34) REZENDE, Ana Lúcia Magela de. A enfermagem como prática social historicamente condicionada. O enfermeiro como intelectual orgânico. XXXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais. Belo Horizonte, 1984.
- 35) _____, NASCIMENTO, Estelina Souto. Cartilha de saúde participativa: Relato de uma experiência. Mimeo. [198-?].
- 36) RODRIGUES da SILVA, G. et al. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. In: A saúde em Estado em choque. São Paulo: Espaço e Tempo. 1986. p. 117-128.
- 37) ROSÁRIO COSTA, Nilson e Cols. Condições de vida e saúde dos brasileiros. In: A saúde em estado de choque. São Paulo: Espaço e Tempo. 1986. p. 36-58.
- 38) _____ Estado, educação e saúde; a higiene da vida cotidiana. Cadernos CEDES, Educação e Saúde, São Paulo: Cortez n. 04, p. 05-27. 1984.

- 39) SAVIANI, Demerval. Educação; do senso comum a consciência filosófica. 8.ed. São Paulo: Cortez, 1987. 224 p.
- 40) SCHEIBE, Leda. Pedagogia Universitária e Transformação Social. Dissertação (Mestrado em Educação), São Paulo, PUC. 1987. 190 p.
- 41) SELTZ, WRIGHTSMAN, COOK. Métodos de pesquisa nas relações sociais. Organização Louise H. Kidder, 1^o vol. São Paulo: EPU, 1987. 117 p.
- 42) SILVA, Heloísa Moura. Programa de assistência ambulatorial de enfermagem para clientes diabéticos. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 289-299, jul./dez. 1985.
- 43) SILVA PINTO, Sonia M^ª Passos da, PAIVA, Miriam S. Metodologia da assistência - Uma nova estratégia de educação em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 36, n. 02, p. 177-182, 1983.
- 44) SROUR, Robert Henry. Classes, regimes, ideologias. São Paulo: Ática, 1987. 288 p.
- 45) VARGAS, Glaci de O., Scain, Suzana Fiore. Educação para a saúde a grupo de obesos. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 36, n. 01, p. 38-49, 1983.

46) VELASQUES, Cristina Liberatori et alii. O enfermeiro no desenvolvimento de comunidade. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.39,n. 2/3, p. 16-20, abr./mai./jun./jul./ago./set. 1986.

47) WAITZKIN, Howard. Uma visão marxista sobre atendimento médico. R.S. CEBES, 1980.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS PARA ASSISTIR O INDIVÍDUO NA
SUA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Os dados serão coletados em forma de entrevista não dire-
cionada, que deverá conter os itens a seguir.

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço:

Sexo:

Idade:

Cor:

Estado Civil:

Data de Nascimento:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Religião:

Procedência:

Endereço para contato:

II - ASPECTOS RELACIONADOS AO MOTIVO DA PROCURA AO SERVIÇO

- O que traz ao serviço?

- O que sabe sobre o problema relatado? Se for o caso,
causas?

Consequências para sua vida?

- O que espera dos profissionais que o servem?

III - ASPECTOS RELACIONADOS A SUA HISTÓRIA DE VIDA

- Como foi sua saúde até hoje?
- O que é ter saúde?
- O que faz para manter-se saudável?
- Quem considera responsável por sua saúde?
- Como é sua:
 - Alimentação
 - Hidratação
 - Eliminação
 - Repouso
 - Lazer
 - Vícios
- Como os (as) considera?
- O que pensa sobre você ou como sente como pessoa?
(característica personalística, satisfação em relação a si).

IV - ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAIS

- Escolaridade
- Ocupação: Qual é? Está satisfeito?
- Renda própria, familiar
- Composição da Família
- Relacionamento: Família, amigos, trabalho

- Participação Social: Entidades nas quais participa, o que faz?, porque acha importante participar?, em caso negativo porque não participa?

V - ASPECTOS AMBIENTAIS

- Habitação: Localização, acesso, saneamento, adequação ao tamanho da família.

VI - O QUE MAIS DESEJA DIZER ?

VII - COMO O ENFERMEIRO PODE LHE AJUDAR?

VIII - ASPECTOS RELACIONADOS À CONDIÇÃO FÍSICA

- Aspecto Geral:

Peso: Altura: Sinais Vitais:

Cabeça:

Pescoço:

Tronco:

Membros: