

MARIA INÊS MONTEIRO COCCO

2/1

o Cat.

A IDEOLOGIA DO ENFERMEIRO : PRÁTICA EDUCATIVA EM

SAÚDE COLETIVA

Dissertação apresentada como exigência parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Educação (na área de Administração e
Supervisão Educacional) à Comissão Julgadora
da UNICAMP, sob a orientação do Prof. Dr.
Nilson Joseph Demange.

2/1

02/9104518

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

X

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

1991

COMISSÃO JULGADORA

Adriano
João
João

Este exemplar corresponde à redação final
da Dissertação defendida por

Maria Fátima Monteiro Cocos

e aprovada pela Comissão Julgadora

Data: 15.04.91

Assinatura: [Assinatura]

Dedico :

Para Mariazinha e Renato, meus
pais, pelo apoio, carinho, e
exemplo no convívio familiar.

Para Carolina, Gabriela e André
Felipe, filhos queridos.

Para Thomyres e Monteiro, Marta
e Antonio, meus avós.

Para Francisco , meu esposo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Nilson Joseph Demange, pela orientação competente e segura.

Para Raimunda Medeiros Germano e José Willington Germano, pelo apoio intelectual e incentivo, além da leitura do projeto inicial de estudo.

À Prof. Maria Cecilia Puntel de Almeida, pela discussão deste estudo em sua fase inicial.

Para o Grupo de Educação Saúde e Trabalho Creusa, Lina, Lilian, Lúcia, Toninho, João, Vera, Eliana, Jucéria e Crespo, cuja convivência e discussões foram enriquecedoras.

Para Silvia (irmã), cujo apoio intelectual e familiar foram fundamentais em todos esses anos.

Para Jane Alice Giuzio Tonussi e Helena Maria Carneiro Silveira, profissionais e amigas, pelo apoio e

incentivo em todos esses anos em que temos trabalhado juntas e pelo crescimento enquanto pessoa junto a vocês.

Na figura de Liana Lica Takahashi, os agradecimentos aos enfermeiros do Serviço de Enfermagem dos Ambulatórios, onde dialogamos, discutimos e tentamos repensar a prática educativa do profissional.

Para Irma de Oliveira, pelas inquietações, angústias e sucessos compartilhados nos últimos dez anos, em busca de novos caminhos dentro da profissão.

Para Nadir Camacho, pelo apoio e disponibilidade nos percursos burocráticos do Mestrado.

R E S U M O

O presente estudo é uma análise sobre a ideologia do enfermeiro na prática educativa em saúde coletiva, da concepção de mundo que é transmitida à clientela, e as relações que daí advêm para ambos, quanto ao Estado, à participação popular em saúde, e ao aparelho formador.

O referencial teórico utilizado foi o materialismo histórico e seu método, a dialética.

Esta ideologia, enquanto concepção de mundo, foi analisada através de entrevistas realizadas com a clientela e com os profissionais que participaram de grupos educativos em saúde, além do acompanhamento de reuniões em grupo.

Foi analisado o contexto histórico em que se processaram as relações entre os profissionais e a clientela, através das práticas de educação, saúde e trabalho, desde o final do século XIX até 1991.

Foram analisadas as relações dos profissionais, em sua prática educativa com a clientela; a percepção destes profissionais sobre a influência da graduação em

sua prática educativa, a visão que têm desta prática e como ela se processa.

Em relação à clientela, tentou-se apreender a realidade concreta em que vivem, através da submissão à qual estão sujeitos nas relações de saúde, ao confronto que ocorre entre a clientela e os profissionais durante a realização dos grupos educativos, e se há uma realidade diferente para o profissional e outra para a clientela.

É necessário repensar a questão educativa como uma prática realmente democrática, conscientizadora, nas relações entre a clientela e os profissionais de saúde.

Os grupos educativos têm sido basicamente uma expressão das necessidades dos profissionais, em sua busca pelo reconhecimento na sociedade, na expansão do seu papel de atuação, voltado para a área assistencial, agora redimensionada e valorizada, através da prática educativa em saúde.

A P R E S E N T A ç ã o

A pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da UNICAMP, tem sido palco para a discussão de problemas ligados à Educação, Saúde e Trabalho, nos últimos cinco anos, sob a coordenação do Prof. Dr. Nilson Joseph Demange, reunindo profissionais de diferentes áreas de atuação como : pedagogia, enfermagem, terapia ocupacional, farmácia, educação física e nutrição, vinculados ao Programa de Mestrado / Doutorado, cuja preocupação fundamental é analisar, compreender e explicitar as relações entre Educação, Saúde e Trabalho.

Foi um período rico, de trocas de experiências e vivências, de tentativa de aglutinar diferentes áreas que possibilitassem uma visão mais próxima do real, através da análise da prática e do aprofundamento das questões teóricas.

A experiência vivida pelos enfermeiros na tentativa de adequar a teoria à prática efetivamente exercida, enquanto profissional, e de tentar viver de acordo com uma concepção ideológica que supera a questão meramente teórica, por ser uma opção de vida, trouxe muita angústia e a necessidade premente de buscar novos caminhos de transformação da realidade. Nesse sentido, alguns enfermeiros têm procurado em sua ação educativa obter formas concretas que possibilitem a emergência da visão crítica na prática diária de trabalho com a clientela e também com os outros profissionais da área de saúde.

Ainda temos um longo caminho a percorrer, procurando adequar a profissão à busca de uma sociedade mais justa. Este estudo é fruto de um repensar a prática do enfermeiro como inequivocamente educativa, desde suas raízes históricas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I : EDUCAÇÃO, SAÚDE E TRABALHO.....	28
Educação, Saúde e Trabalho: Contexto Histórico.....	28
Considerações sobre a Enfermagem.....	41
O Aparelho Formador.....	47
Enfermagem: Prática Social ?.....	54
Notas.....	61
CAPÍTULO II : DO PROFISSIONAL.....	62
Prática Educativa: a Representação dos Enfermeiros.....	62
E tudo Começou na Escola: a Influência da Graduação.....	64
A Prática Idealizada x a Prática Realizada.....	73
Caracterização da Saúde pelo Profissional.....	85
Grupos :para quê? Sobre a Formação dos Grupos Educativos..	89
Conceito de Grupo de Educação em saúde.....	96
O Acompanhamento de um Grupo.....	99
Notas.....	101

CAPÍTULO III : DA CLIENTELA.....	103
----------------------------------	-----

Da Submissão.....	109
-------------------	-----

A não Submissão.....	119
----------------------	-----

O embate nos Grupos: Profissionais x Clientela.....	120
---	-----

A Interpretação da Doença.....	132
--------------------------------	-----

A Realidade vista Através dos Olhos dos outros: a Visão do Usuário.....	139
--	-----

Nós Podemos Falar! Com a Palavra, os Usuários.....	140
--	-----

Notas.....	142
------------	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
---------------------------	-----

ANEXOS.....	146
-------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	150
-------------------	-----

I N T R O D U Ç Ã O

A preocupação fundamental deste estudo é a análise da ideologia que permeia a prática educativa do enfermeiro em Saúde Coletiva. Interessa-nos conhecer a forma como se dá a busca de autonomia e a participação tanto do usuário, como do profissional.

Tentamos apreender as relações contraditórias da prática educativa do enfermeiro, prática esta que não é neutra; como se dá o relacionamento entre o profissional e a clientela, a qual normalmente é designada como "paciente", submetendo o cuidado de sua saúde às decisões profissionais; e como a clientela vê esta prática, guiada de valores e de ideologia⁽¹⁾ enquanto concepção de mundo (GRAMSCI, 1984 : 16) do profissional.

O tema deste estudo tem sido conflitante em nossa vivência diária, na tentativa de unir de fato a teoria e a prática, além do mero discurso. Isso porque em si mesma não pressupõe a ação e a prática, alheia a um embasamento teórico, assume uma função mecanicista.

O que temos encontrado na prática profissional é a visão das relações entre educação e saúde como algo compartimentalizado, visto frequentemente sob a ótica do profissional de saúde, onde a clientela participa dos grupos educativos segundo a perspectiva de um determinado tipo de troca, que não é uma troca responsável de saberes e interesses entre profissional e clientela, porém da participação submissa desta clientela em troca de medicamentos e/ou de um atendimento "diferenciado" por parte do médico vinculado ao grupo.

Por outro lado, os profissionais de saúde
(2)
enquanto intelectuais formados pela classe dominante, agem a nível super-estrutural(político e ideológico), como detentores e armazenadores de um saber que consideram mais científico e mais eficiente do que o das práticas populares. E desta forma não se dispõe (não tendo às vezes sequer consciência disto), a compartilhar este conhecimento com a clientela, principalmente das classes subalternas. Podemos subentender então aqui, que para esse profissional, a classe subalterna não possui educação,

cultura ou conhecimentos suficientes para dialogar com eles,
(3)
o que implica em uma visão positivista do conhecimento.

Numa concepção concreta, o ponto de partida tanto do processo de formação da cidadania (político-ideológico),
(4)
como de formação de consciência sanitária como um todo (científico e social), pressupõe a acumulação de conhecimentos pela população, que estaria deste modo, apropriando-se da compreensão e prática deste processo de saúde em que estaria envolvida, e a partir daí, adquirindo condições reais para nele interferir.

O atendimento das necessidades reais da população, não permeia a formação do profissional da área de saúde, onde via de regra, o aparelho formador encarrega-se de reproduzir as relações já existentes na sociedade, sem preocupar-se em propiciar condições que permitam ao aluno o desenvolvimento de uma consciência crítica.

O período em que o país viveu sob o domínio do regime autoritário de governo (1964 - 1985), criou condições para a não politização da sociedade nas duas últimas décadas, o que refletiu-se na formação tanto dos profissionais (de forma mais acentuada), como da clientela pouco reivindicativos, adaptáveis ao que a realidade apresenta e representa, enquanto concepção da classe dominante e sem visão crítica, e, por

consequente, sem disposição de luta para alterá-la.

O profissional de saúde, enquanto intelectual (GRAMSCI, 1985) é compelido a manter a hegemonia da classe dominante, e sob ela tende a viver num plano de alienação, com uma ótica idealista da sociedade. Desta forma, ele é conduzido a integrar-se na visão capitalista que tem norteador o (5) direcionamento das políticas sociais e especificamente das políticas de saúde no Brasil, com o Estado privilegiando o modelo tecnicista, que atende a poucos, em detrimento das ações de saúde coletiva, destinadas ao atendimento de grande contingente da sociedade.

Interessa-nos compreender como ocorre a apropriação dessa visão da realidade por parte do profissional, da clientela e do sistema de saúde, bem como o poder de intervenção dos mesmos sobre a realidade concreta. Como se dá a relação entre o profissional e a clientela na prática educativa? Esta relação é "dialética"? É uma relação de "troca" entre iguais? Os grupos "educativos" são expressão das necessidades da clientela? É nosso intuito desvelar o caráter das relações a que a clientela está submetida na área de saúde, principalmente as relações de poder, de autoritarismo, de ingerência, onde a clientela tende a tornar-se um ser passivo, colocado em condições adequadas para ser moldado pelo profissional, através de sua "concepção de mundo". (GRAMSCI, 1984).

Se tomarmos como referência o profissional, a acriticidade e a linearidade da sua visão mecanicista frente ao mundo permeiam a sua existência social, da mesma forma como também o fazem em seu trabalho, em sua atuação profissional, que é parte daquela existência.

Dessa forma, podemos admitir que a própria escolha dos temas que serão transmitidos para a clientela em "grupos educativos" (Hipertensão Arterial, Diabetes, Pré-Natal, Planejamento Familiar, Doença de Chagas, Tuberculose, Alcoolismo, Doenças Sexualmente Transmissíveis, etc.), já implicam por parte do Estado / Instituição, uma opção dirigida a uma determinada parcela da população, que se encontra em plena fase produtiva, envolvendo assim os interesses do sistema de produção.

A exploração de um trabalhador em boas condições de saúde, por parte dos detentores do capital, é mais rentável do que a de outro que já apresente alterações em suas condições de saúde. É onde portanto, a "saúde" torna-se uma mercadoria que interessa aos empresários, como forma de chegar à extração de sua mais valia.

Como o enfermeiro, enquanto profissional de saúde deverá atuar de forma educativa junto à clientela, para chegarem ambos a uma relação "dialética", onde o saber não esteja determinado na prática pela forma de poder de uma das

partes, mas como um ir e vir contínuo, que gera a sua transformação ? Este estudo é uma reflexão acerca desta prática educativa do enfermeiro.

Interessa-nos investigar esses problemas a partir da análise da concepção de mundo que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, transmite ao cliente na sua prática educativa, e as relações que daí advêm, para ambos, quanto ao Estado,⁽⁶⁾ à participação popular em saúde⁽⁷⁾ e ao aparelho formador.

Considerações metodológicas

A relação entre o pesquisador e seu objeto de estudo é de fundamental importância para a realização de uma pesquisa e está "indissoluvelmente ligada a uma determinada teoria da realidade e do conhecimento" (GIOVANNI, 1984: 163).

Na realização da pesquisa, as relações que se estabelecem com o objeto constituem-se em um momento riquíssimo, onde por meio de palavras, gestos e atitudes, caracteriza-se através da análise, a figura dos trabalhadores, neste momento, contraditoriamente expoliados desta

condição real, por contingências do setor de saúde. Já o momento da síntese, tenta abarcar a realidade concreta vivida; com o resultado das análises, já contemplando partes do real. Esse é um processo que está em constante mudança.

Utilizamos como referencial teórico o materialismo histórico e seu método, a dialética (8).

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e constitui-se de três momentos:

- . acompanhamento das reuniões de grupos educativos realizadas por enfermeiros, com a presença ou não de outros profissionais;
- . realização de entrevistas com parte da clientela participante dos grupos;
- . realização de entrevistas com os enfermeiros que organizaram os grupos e com os enfermeiros docentes e assistenciais que já desenvolveram anteriormente uma prática educativa em grupo com a clientela.

As seguintes instituições foram utilizadas para a realização desta pesquisa com grupos educativos: Ambulatórios do Hospital das Clínicas / UNICAMP, Ambulatórios do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM)/UNICAMP, Centro de Saúde de Barão Geraldo, Centro de Convivência Infantil

(CECI), localizados em Campinas e do Centro de Saúde do bairro Reforma Agrária em Valinhos, no período de novembro de 1989 a junho de 1990. Foram entrevistados enfermeiros assistenciais e docentes, que já realizaram trabalhos educativos com grupos anteriormente, na UNICAMP e na Prefeitura Municipal de Campinas. A escolha recaiu nestas instituições devido à diversidade dos grupos realizados e a sua permanência após alguns anos de realização; excetuando-se o de Valinhos que foi uma experiência de repasse de metodologia do trabalho com grupos de hipertensos, realizada por profissionais da UNICAMP.

O grupo multidisciplinar constituiu-se do enfermeiro e do assistente social, sendo que em alguns locais havia também o médico, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta.

Foram acompanhadas as reuniões dos seguintes grupos: Hipertensão, Doença de Chagas, Pré-Natal de Adolescentes, Ginecologia de Adolescentes, Pré-Natal Especializado, Revisão Pós-Parto, Laqueadura, Psicossomáticos e Amamentação. Alguns grupos eram realizados com sequências de reuniões, outros eram realizados com uma única reunião.

O universo da pesquisa constituiu-se de 23 enfermeiros entrevistados, todos do sexo feminino, cuja faixa etária variou de 22 a 59 anos, e de 23 clientes de ambos os

sexos e com faixa etária entre 12 e 70 anos.

Foi utilizado um roteiro para as entrevistas realizadas com os profissionais e com a clientela, no sentido de servir como um fio condutor que possibilitasse que os entrevistados falassem livremente. Algumas entrevistas foram gravadas, outras transcritas manualmente a pedido dos entrevistados. Somente no acompanhamento dos grupos de Hipertensão, Laqueadura e Doença de Chagas, as reuniões foram gravadas. Nos grupos onde havia interferência da gravação na dinâmica do grupo, ela não foi realizada.

O fato de ter um outro profissional acompanhando o grupo, causou um " desconforto " inicial para os enfermeiros, que foi desaparecendo à medida em que ficou claro que não haveria análise do conteúdo propriamente dito, ou da dinâmica utilizada, mas das relações que se estabeleciam durante a realização do grupo. Em relação aos usuários, não houve este tipo de preocupação embora fossem mais espontâneos quando falavam durante as reuniões em grupo, do que durante a realização das entrevistas.

A opção por entrevistar profissionais que já haviam atuado em trabalhos com grupos de clientes, deveu-se ao fato de que no momento não estavam atuando neste tipo de trabalho, mas em funções administrativas e/ou gerenciais, e

tinham experiências relevantes ou que tiveram longa duração, e era importante resgatar esta prática.

Já havia uma reflexão no exercício da prática profissional, anterior à realização deste estudo, sobre a necessidade de maior abertura nas relações estabelecidas entre os profissionais e a clientela, seja no cotidiano do exercício profissional, nos grupos educativos ou na consulta de enfermagem. Parecia, inicialmente, que seria fácil, bastando que os profissionais que atuassem nos grupos educativos estivessem receptivos à clientela, os tratassem em condições de igualdade. Mas a realidade não se processava de forma tão simples. As determinações existentes na prática educativa não se limitavam às exercidas pelos profissionais. Eles mesmo sofriam determinações das normas institucionais, que, ora não possibilitavam tempo disponível durante a jornada de trabalho para a realização dos grupos, em outros momentos não os valorizava, sendo que a permanência dos grupos, enquanto atividade dos profissionais dentro da instituição, estava condicionada à determinação pessoal destes profissionais em dar continuidade ao que havia sido iniciado.

A partir do momento em que deixei de participar dos grupos e passei a observá-los, era possível perceber recortes e detalhes, que antes não estavam claros. A própria disponibilidade para estar presente durante a realização dos grupos, sem outros encargos profissionais, permitiu uma

percepção mais aberta e tranquila sobre as relações que estavam se processando nos grupos.

No capítulo I, procuraremos esboçar o contexto histórico em que se situam as transformações ocorridas nas práticas de Educação, Saúde e Trabalho, desde o final do século XIX, até 1990. É feita também uma abordagem sobre a Enfermagem, tentando contextualizar como ocorre a formação do profissional e as implicações decorrentes de ser esta uma prática social.

No capítulo II trataremos basicamente das relações dos profissionais, em sua prática educativa com a clientela. Será analisada a percepção destes profissionais sobre a influência da graduação em sua prática educativa; qual a visão que têm de sua prática junto à clientela, como sendo uma prática educativa e como se processa esta prática.

No capítulo III, tentaremos apreender a realidade da clientela, através da submissão à que está sujeita nas relações de saúde, a luta de interesses que ocorre entre clientela e profissionais na realização dos grupos educativos, e se há uma percepção da realidade diferente para a clientela e o profissional.

Na conclusão do trabalho, tentamos perceber em que medida se desenvolve uma prática educativa realmente democrática nos serviços de saúde, onde a clientela, de subordinada passe a sujeito do processo de saúde.

Notas

1. Utilizaremos neste estudo o conceito de ideologia no sentido expresso por GRAMSCI: "...uma concepção do mundo, que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas..." (1984: 16). De acordo com PORTELLI (1983: 24), "a ideologia, concepção de mundo da classe dirigente deve difundir-se por toda a sociedade. Assim, não é homogênea em todos os níveis: a ideologia difundida nas camadas sociais dirigentes é, evidentemente, mais elaborada que seus fragmentos encontrados na cultura popular. GRAMSCI distingue pois, diversos graus qualitativos que correspondem a determinadas camadas sociais: na cúpula a concepção de mundo mais elaborada: a filosofia; no nível mais baixo, o folclore. Há entre eles dois níveis extremos, o "senso comum" e a religião. A filosofia é, pois, o estágio mais elaborado da concepção de mundo. É nesse nível que apresenta mais nitidamente as características da ideologia, isto é: como expressão cultural da classe fundamental". Embasando-nos neste conceito é que tentaremos elaborar neste estudo, a ideologia que perpassa a atuação do enfermeiro, em sua prática educativa em saúde coletiva. GRAMSCI reconhece ainda um "contraste entre o pensar e o agir, isto é, a coexistência de duas concepções de mundo, uma afirmada por palavras e a outra manifestando-se na ação efetiva..." (Ibid, 14) e mostra que, em relação a "um grupo social que tem uma concepção própria do mundo, ainda que embrionária, que se manifesta na ação, ...toma emprestada a outro grupo social, por razão de submissão e subordinação intelectual, uma concepção que lhe é estranha..." (Ibid, 15)

2. As referências feitas aos intelectuais no decorrer deste estudo são no sentido expresso por GRAMSCI: "todos os homens são intelectuais, poder-se-ia dizer então; mas nem todos os homens desempenham na sociedade a função de intelectuais. Quando se distingue entre intelectuais e não intelectuais, faz-se referência, na realidade, tão somente à imediata função social da categoria profissional dos intelectuais, isto é, leva-se em conta a direção sobre a qual incide o peso maior da atividade profissional específica, se na elaboração intelectual ou se no esforço muscular-nervoso". (1985: 7). Para ele, "cada grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, de um modo orgânico, uma ou mais camadas de intelectuais, que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e no político..." (Ibid, 3).

3. Para GARCIA (apud NUNES, 1989: 74), "o neopositivismo, ou positivismo moderno, interpreta os fenômenos sociais negando a existência de leis gerais objetivas do desenvolvimento social e reduzindo a ciência da sociedade à descrição de acontecimentos

4. Este conceito de consciência sanitária é definido por BERLINGUER, (apud MINAYO, 1986:10), como sendo a "tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade".

5. As políticas sociais são definidas por VALLA & STOTZ, (1989:18), como "...medidas governamentais destinadas a garantir, em níveis mínimos, a reprodução da força de trabalho".

6. O conceito ampliado de Estado de GRAMSCI é assim descrito por COUTINHO, (1981:91) "o Estado...comporta duas esferas principais: a sociedade política (que GRAMSCI também chama de Estado em sentido estrito ou de Estado-coerção), que é formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência, e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executivas e policial-militar; e a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa)..."

7. Para VALLA & STOTZ (Ibid.:24) referindo-se à participação popular em saúde, esta participação, "legalmente aceita limita-se via de regra, à representação civil em setores da administração pública responsáveis por determinada política setorial. ...Mas não de interferência da população organizada sobre o conjunto das políticas sociais do Estado".

8. De acordo com KOSIK (1986: 31), "o método da investigação compreende três graus:

- 1) minuciosa apropriação da matéria, pleno domínio do material, nele incluídos todos os detalhes históricos aplicáveis, disponíveis;
- 2) análise de cada forma de desenvolvimento do próprio material;
- 3) investigação da coerência interna, isto é, determinação da unidade das várias formas de desenvolvimento".

C A P Í T U L O I

EDUCAÇÃO, SAÚDE E TRABALHO : CONTEXTO HISTÓRICO

Pretendemos neste capítulo, identificar as relações que se estabelecem entre a educação, saúde e trabalho, enquanto áreas " distintas" do conhecimento e sua participação nas transformações ocorridas na sociedade brasileira neste século.

Para tanto, realizaremos uma breve retrospectiva histórica, para situar as diferentes fases por que o país passou neste século. Utilizaremos os seguintes períodos históricos, numa tentativa de sistematizar as alterações ocorridas na sociedade brasileira : do final do século XIX a 1930; 1930 a 1945; 1945 a 1964; 1964 a 1990.

Interessa-nos levantar em que medida as práticas de saúde e educação caminharam e imbricaram-se respectivamente, além da questão do trabalho, que permeia o seu desenvolvimento.

Primeiro Período : 1889 a 1930

Para situar historicamente em que contexto ocorreram as transformações nas práticas de educação, saúde e do trabalho, procederemos inicialmente a uma análise do período referente ao final do século XIX até 1930.

O conhecimento dos fatos através da visão histórica, passando pelo processo de desenvolvimento sócio-econômico-político, levam ao delineamento das práticas de educação, saúde e trabalho, num contexto mais amplo da sociedade brasileira.

O período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX, teve importantes alterações no sistema econômico do Brasil. De acordo com SEVERINO, além da "burguesia agrário exportadora, que formava a oligarquia rural, a própria evolução do capitalismo levou a formação de um novo segmento nessa classe dominante, a burguesia urbano-industrial, detentora do capital da industrialização que então começava a se implantar no país " . (1986:75). Destaca ainda este autor, "as classes subalternas,

representadas pelo campesinato ...e pelo proletariado". (Ibid.,76)
Há um quadro de declínio do liberalismo e de ascensão do capital monopolista.

Se analisarmos o referido período na área de educação e saúde, encontraremos que " o processo de institucionalização da medicina e da pedagogia aprisionou os conceitos de saúde e de educação no interior das instituições médicas e de ensino, reduzindo-os a uma dimensão estritamente técnica, ou seja, de capacitação e especialização para operar um conjunto de instrumentos que visam uma ação transformadora sobre determinados objetos : a consciência, o corpo e o meio físico ". (RAMOS et alii, 1989 : 150)

Assim, o papel fundamental que a educação, enquanto prática que perpassa outras práticas, irá desempenhar, começa a delinear-se. Para BRANDÃO, (apud CARDOSO DE MELO, 1984 : 32) " quando as exigências de ordem do trabalho e do capital redefiniram aos poucos a vida e o trabalho, a idéia de que ... a educação tinha compromissos para com a vida social e o trabalho produtivo, passou a figurar entre leis e projetos de escolarização do país ".

Desta forma, a década de 20 " constitui momento de crise na sociedade brasileira - crise do padrão exportador capitalista e crise do Estado. ... A saúde surge como questão social no Brasil com a emergência do capitalismo, mas vai

ganhar contornos novos e mais nítidos na década de 20 ". (GOES DE PAULA E BRAGA, apud CORDEIRO, 1984 : 20)

Surge " uma nova concepção de serviços de saúde - a Saúde Pública " (CARDOSO DE MELO, op.cit.28), na década de 20 e que passa a ser influenciada pela " estrutura sanitária norte-americana".

Segundo Período : 1930 a 1945

Este período histórico tem sido amplamente estudado (Cf. IANNI (1977), OLIVEIRA (1972) pelo marco fundamental que representa na evolução da sociedade brasileira.

O papel desempenhado pela Revolução de 30 é destacado por OLIVEIRA (1972 : 9-10) ela "marca o fim de um ciclo e o início de outro na economia brasileira : o fim da hegemonia agrária exportadora e o início da predominância da estrutura produtiva de base urbano-industrial... ", o que iria produzir alterações substanciais no quadro político-ideológico da

sociedade brasileira.

Para VIEIRA (1985 : 21), em análise sobre o período populista, " após 1930, o Estado passou a significar o equilíbrio entre interesses de inúmeros grupos sociais... ", destacando-se o papel representado pelas populações residentes na região urbana, " tratava-se de rearticular a correlação de forças dos grupos sociais, participantes da luta pelo poder ".

Na área de saúde, data de novembro de 1941 a 1ª. Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema as realizações do antigo Departamento Nacional de Saúde .

Em análise sobre a educação e a saúde na América Latina no referido período, para GARCIA (Apud NUNES, 1989 : 201), já ocorre " a ascensão da atenção médica, em seu caminho para suplantar o saneamento "... " O Estado, nos países da América Latina, toma a seu cargo a ascensão médica dirigida ao proletariado, mediante instituições de seguridade social, e aos "necessitados" mediante os ministérios de saúde e assistência social ".

Ainda segundo este autor, ocorrem alterações também na Saúde Pública, que irá transformar-se em "consumo individualizado" através dos centros de saúde".(Ibid, 207)

Na educação, destaca-se neste período, a criação, em 1930, do Ministério de Educação e Cultura (FREITAS, 1986 : 50). Para GARCIA (op.cit. 201), "em educação, o conceito de concentração da aprendizagem na cidade universitária irá refletir os processos de concentração e centralização que ocorrem no espaço econômico". Segundo FREITAS (Ibid., 50), surgem nesta época " as primeiras universidades, pela fusão de uma série de instituições isoladas de ensino superior ".

A política educacional implantada durante o Estado Novo, visava, de acordo com FREITAS, (Ibid., 52), "acima de tudo, transformar o sistema educacional em um instrumento mais eficaz de manipulação das classes subalternas ".

Terceiro Período : 1945 a 1964

De acordo com FREITAS, (Ibid., 55), "a fase que vai de 45 até o início dos anos 60 corresponde à aceleração e diversificação do processo de substituição de importações ".

Data deste período, o incremento do capital

estrangeiro no país e para VIEIRA (op.cit. 98), " dentro das condições econômicas da época, nem seria possível prescindir de capitais estrangeiros, sobretudo se desejasse estimular o desenvolvimento econômico ".

No período compreendido entre 1945 e o final da década de 50 ocorreram profundas transformações econômicas, políticas e culturais que tiveram como "cimento" as lutas ideológicas que passam pela defesa do industrialismo, do nacionalismo e do intervencionismo desenvolvimentista "... " o nacionalismo via na industrialização a possibilidade de desenvolvimento de uma cultura autêntica e de diversificação da estrutura social do país, desde que realizada através de uma burguesia nacional". (TEIXEIRA , 1988 : 9)

Traçando um paralelo entre os governos de Vargas e Juscelino, em relação ao percurso ideológico de seus pensamentos, de acordo com (DOVRE, 1982 : 66 / 68), para Vargas, "a industrialização é somente o caminho mais curto para a criação de um capitalismo nacional", já para Juscelino Kubitschek, " ... a industrialização somente seria possível no contexto da independência e associação " -com o capital estrangeiro. Assim, enquanto Vargas "buscou compatibilizar ideologia nacionalista e política econômica do tipo nacionalista", o governo Kubitschek fazia o jogo concomitante entre " a ideologia nacionalista e uma política econômica do tipo internacionalista ." (IANNI , apud

COVRE *ibid.*, 67).

Entretanto, a escalada da etapa monopolista do capital, que está vinculada à "necessidade de formação de uma burocracia nos países periféricos", ficará então no Brasil "organicamente vinculada à redivisão internacional do trabalho" e irá caracterizar-se "por uma ideologia calcada no predomínio da técnica, como solução dos problemas sócio-econômico-políticos". Isso implicará num "desmoronamento da economia nacional", em detrimento de uma "concentração econômica e política, por alto índice de burocratização ... nas empresas, pelo uso de tecnologia cada vez mais complexa, e, no Estado, pelo uso das técnicas de planejamento, que compõe e permite o Estado Intervencionista". COVRE (*ibid.*, 57)

É este o panorama histórico que propicia, em última instância, o assentamento do capital monopolista no Brasil, centrado no Estado intervencionista e planejador.

Na área de saúde, importantes tendências que eram tidas como características do governo militar são retomadas por TEIXEIRA (1988 : 7), como estando presentes já neste período.

Assim, segundo este autor, "a análise do Sanitarismo Desenvolvimentista e da Política de Saúde no período que vai de 1955 a 1964 trouxe ... além da previsível recuperação da discussão técnica e política, na qual o movimento sanitário dos

anos 70 vai buscar na sua origem, encontramos também evidências de um precoce desenvolvimento de certas tendências, posteriormente aprofundadas no autoritarismo, e que marcaram profundamente as condições materiais com as quais se enfrenta o atual projeto reformador. Assim, questões tais como a desnacionalização na área de insumos e a adoção de um modelo de atendimento predominantemente hospitalar têm sido frequentemente tomadas como frutos dos governos autoritários do pós-64. No entanto, encontramos estas mesmas tendências na década anterior, isto é, entre 55 e 64, em franca contradição com o discurso nacional desenvolvimentista na área econômica e sua expressão no "sanitarismo".

No campo educacional a política que irá caracterizar este período "reflete muito bem a ambivalência dos grupos no poder. Essa política se reduz praticamente à luta em torno da Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional e à campanha da Escola Pública", segundo FREITAS. (Ibid., 56)

Quarto Período : 1964 a 1990

Para GORENDER (1981 : 101), "ao iniciar-se a década dos 60, o modo de produção capitalista já prevalecia na formação social brasileira", sendo "a burguesia a classe dominante principal". Entretanto, fica cada vez mais explícita a sua dependência em relação ao capitalismo internacional. (Cf. IANNI, 1977, OLIVEIRA, 1972)

O sistema institucional de saúde sobrevive cercado de crises, decorrentes entre outras causas, do regime político por que passou o país, durante a ditadura no regime militar. De acordo com CIGNOLI (1985 : 42), "... a análise da despesa pública no período 1950-1975, indica uma tendência acentuada, a partir de 1964, em direção a um Estado altamente centralizado e quase inteiramente consagrado a satisfazer as necessidades da acumulação de capital". E mostra que a partir de 64, "o investimento do Estado se orienta para a infra-estrutura de base, em detrimento das políticas de 'bem estar' social".

Ainda de acordo com este autor, "a política 'social' acompanhou a conjuntura política : durante os períodos de mobilização popular, os programas de previdência social foram ampliados; durante os momentos de expansão do capital, a política se estruturou para disciplinar o trabalho" (Ibid 103). Isto, analisando-se o período mais recente da política no País.

Ainda no setor saúde, o período pós-64, delineava-se segundo CIGNOLI (op.cit. 61), pela "intervenção do Estado na previdência social que vai se caracterizar pelo fato de que os representantes dos trabalhadores serão excluídos das decisões. As relações entre o Estado e a classe operária serão redefinidas de modo a afirmar o controle dos tecnocratas sobre a coisa pública, com o princípio da tutela neutra do Estado".

Para FREITAS, (op.cit.77), "os aparelhos repressivos do Estado assumem o controle dos mecanismos e aparelhos ideológicos (sindicatos, meios de comunicação de massa e escolas)". Sendo a política educacional neste período uma expressão da "reordenação das formas de controle social e político" CARDDSO E FALETTI, apud FREITAS (Ibid.,77). O sistema educacional será transformado de modo a permitir a permanência deste controle.

Assim, a educação já não é mais uma forma de ascensão social, quando muito, ela compartimentaliza as classes sociais.

Se ligarmos a visão capitalista da educação como instrumento de eficiência, como produtividade, à época em que isto ocorre, com a imposição de "um fechamento político" do país, onde a visão crítica era perseguida nas universidades,

teremos delineado o perfil dos profissionais, formado na década de 70.

Nessa linha de preocupações na área de saúde, devemos considerar as análises que vêm sendo feitas sobre a organização e desenvolvimento do Movimento Sanitário no Brasil.

ESCOREL (1989 : 165), traça uma perspectiva do movimento Sanitário no Brasil, da seguinte forma: "Na luta pela transformação do sistema de saúde e das condições de saúde da população brasileira foi se configurando um sujeito político coletivo (COUTINHO, 1984 : 41) , constituído inicialmente por intelectuais com atuação no campo de saúde, conhecido como Movimento Sanitário (ESCOREL, 1987). Algumas de suas principais características são as de ser um movimento suprapartidário, cuja organicidade é formada por um projeto e uma linguagem comuns". (grifos do autor)

Ainda segundo este autor, (Ibid., 190-1) "o conjunto de ações desenvolvidas pelo Movimento Sanitário...vem ...imprimindo uma direção à luta pela transformação das condições de saúde da população brasileira, em direção às classes trabalhadoras, e também construindo valores ideológicos proletários quando luta por um sistema de saúde

universal, equânime, acessível e democrático, quando pensa na saúde como valor universal e se encontra no alvo de impedir a mercantilização da saúde".

A crítica ao Movimento Sanitário no Brasil é feita por ESCOREL (Ibid, 191): "ao pautar suas ações numa estratégia que privilegia o aparelho de Estado como palco de luta, relega a um segundo plano a atuação sobre as próprias condições de saúde. Também, ao optar por uma luta "técnico política institucional", o Movimento Sanitário se afasta de um trabalho mais cotidiano e permanente com a classe trabalhadora. Daí ter encontrado dificuldades para colocar-se como intelectual orgânico do proletariado e para produzir permanentemente uma fratura ideológica na massa dos intelectuais setoriais". (grifos do autor)

Assim, o Movimento Sanitário está ainda na esfera dos intelectuais, sem a adequada organicidade em relação às classes trabalhadoras e não tendo atingido também a grande massa dos trabalhadores da saúde.

Considerações sobre a enfermagem

As pesquisas em enfermagem no Brasil, tendo como referencial teórico o materialismo histórico, surgiram no início da década de 80, com GERMANO 1983 (1a.ed), ALMEIDA & ROCHA (1986), SILVA (1986), MELO (1986), ALVES (1987), NAKAMAE (1987), REZENDE (1986), dentre outros, que tendo sido publicados, possibilitaram a divulgação desta concepção "nova", na área de enfermagem, e mesmo no campo da saúde.

Consideramos como obra fundamental para o desenvolvimento de nossa pesquisa, a Dissertação de Mestrado de Raimunda Medeiros Germano, realizada na Faculdade de Educação da UNICAMP em 1983, pelo novo enfoque metodológico e conteúdo, na área de enfermagem e de educação. A referida Dissertação intitula-se " Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil " e realiza a análise da " enfermagem enquanto prática social ... prática política e ideológica evidenciam o papel político da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) e a ideologia por ela veiculada através dessa revista, mostrando que ela sempre tem

sido uma fiel colaboradora do Estado e, portanto, das classes dominantes " (1985, apresentação). A autora resgata na história do ensino da enfermagem e especialmente na Revista ABEn, amplamente utilizada a nível nacional (GERMANO, 1985), as suas formas de servir ao capitalismo vigente.

Concordamos com Queiroz & EGRY (1988 : 31), sobre a adoção do materialismo histórico como referencial " para fundamentar a metodologia da assistência de enfermagem, o enfermeiro negando-se a assumir e superando o papel que lhe é conferido pela classe dominante : ... de reprodutor de uma ideologia de saúde que privilegia esta classe em detrimento de outra, majoritária, que é dominada, espoliada e que serve, em última instância, de "objeto" do qual se deve reduzir tensões por meio de políticas de saúde ". Assim como, garantir a "normalidade" da reprodução da força de trabalho e o consumo da produção.

O interesse pela prática educativa do enfermeiro tem-se manifestado através da procura de programas de pós-graduação " senso strictu " na área de educação, GERMANO (1985), ALMEIDA (1985), REZENDE (1986), ALVES (1987), buscando uma atuação crítica, com embasamento que não se restringia à área de saúde mas que esteja fundamentado em outras áreas de conhecimento e crie perspectivas de mudanças na sociedade.

O embasamento teórico na área de enfermagem ,

não tem, via-de-regra, acompanhado as alterações que tem acontecido em outras áreas do conhecimento. MELO (1986 : 09) afirma que " o pensamento ainda dominante na enfermagem, bem como em outras áreas prega a neutralidade da ciência e da técnica a serviço de uma sociedade idealizada, abstrata, sem conteúdo de classe ". O que é corroborado por SILVA (1986 : 18) , como a produção científica da enfermagem " até hoje quase toda ela está vinculada ao positivismo ". Isso também é o que temos encontrado na bibliografia referente a educação e saúde, onde os trabalhos publicados reproduzem tão somente a questão técnica, não havendo referências à clientela, e, portanto, sem o privilegiamento da questão do usuário, da concepção de mundo que permeia a prática educativa do enfermeiro aí considerada.

ALMEIDA (1985 : 119), realizou um estudo onde " o saber foi considerado como o instrumental que a enfermagem utiliza para realizar o seu trabalho, instrumental legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática ". É este saber que é transmitido à clientela, quando entra em contato com o profissional, quando procura uma instituição de saúde.

Se considerarmos que incrustado no saber temos simultaneamente o poder, através das relações que ocorrem, entre sujeitos de diferentes classes sociais ou de classes semelhantes, trata-se de relações entre trabalhadores, que no

momento ocupam posições distintas, sendo um enquanto profissional e o outro enquanto usuário do sistema de saúde. A partir disso, poderemos aprofundar essa análise, através do estudo de LOYOLA .

De acordo com esta autora, em estudo realizado sobre as relações institucionais entre médicos e enfermeiras, ao referi-se sobre a característica (perfil) do enfermeiro, mostra que " a docilidade, a sua submissão, embora ligada a outros fatores ..., como a aspiração a uma ascensão econômica e social, a prática de uma necessidade de sobrevivência material está ligada também e principalmente a um exercício de Poder" (grifos da autora)... " A enfermeira incorpora este saber-

poder na medida em que ela obedece e faz obedecer. O seu corpo, mesmo dócil, lhe pertence. Mas o corpo do paciente também é sua

propriedade". (LOYOLA , 1987 : 99/100)

É este poder sobre o cliente, um trabalhador tanto quanto os outros profissionais de saúde, que buscamos analisar de forma mais próxima da realidade concreta.

A assistência de saúde prestada à coletividade é discutida por SILVA, (1981 : 206) "... o baixo nível de assistência à saúde, característico da grande maioria da população brasileira, está ligado de um lado às próprias

peculiaridades do regime político e do sistema econômico extremamente elitista sob o qual vivemos e, de outro, ao baixo teor reivindicatório dessa população”.

Assim, a ideologia veiculada pelas práticas de saúde adotadas pelos profissionais, colabora para a manutenção das condições de vida atuais das classes subordinadas, para a alienação em seu próprio processo de trabalho, sem socialização do saber. Ela faz parte do cimento ideológico que mantém a unidade e coesão do processo de dominação e reforça sua própria manutenção.

Visto isso, a teoria, apreendida pelos profissionais na sua formação acadêmica, está à serviço da dominação, manutenção do “status quo” ou da transformação, da socialização do saber ? CHAUÍ (1985 : 80/81) permite discutir o sentido que Marx e Engels dão à teoria : “ a teoria está encarregada de desvendar os processos reais e históricos enquanto condições da prática humana em situações determinadas, prática que dá origem à existência e a conservação da dominação de uns poucos sobre todos os outros “. Se a teoria possibilita desvendar a prática profissional é provável que o conceito de dominação não esteja presente a nível consciente no discurso teórico aprendido pelo enfermeiro, já que ele próprio é formado dentro de uma ideologia de dominação, de subserviência, de abnegação e de idealismo. Em sua interação com a clientela esta forma de encarar

a saúde estará representada subliminarmente.

SILVA (1986 : 96), faz uma análise da enfermagem no Brasil, vinculada a dialética marxista " parafraseando Marx, penso que as definições de enfermagem existentes são fetiches que encobrem as características sociais históricas do trabalho na área, as contradições engendradas no processo de sua institucionalização no capitalismo. Nessas definições as relações sociais que os vários agentes de enfermagem estabelecem entre si, com os demais integrantes do processo de trabalho no setor saúde e com o paciente as sumem a forma fantasmagórica de relações ideais, abstratas, desarticuladas da sociedade inclusive".

Assim, as discussões que têm permeado a prática de enfermagem, se ela deve ser assistencial, prestando cuidados diretos aos clientes ou se é administrativa, contemplando os interesses da instituição são superados por um contexto mais abrangente, onde a enfermagem está ligada à outras práticas sociais dentro da sociedade.

(1)

De acordo com GERMANO (1985 : 104)

" a formação de uma consciência crítica em educação e saúde, portanto, não tem sido objeto de reflexão, por parte dos intelectuais da enfermagem, pelo menos nos textos publicados na

REBEn (Revista da Associação Brasileira de Enfermagem), no período(1955-1980), exceto os artigos já indicados"(três no referido período).

O Aparelho Formador

Em relação ao aparelho formador, cabe aqui mostrar o que é utilizado nas universidades, em termos curriculares para os Cursos de Enfermagem. Segundo documento da Comissão de Especialistas em Enfermagem/SESU-MEC e Comissão de Educação da ABEn Central (1988 : 5) " a proposta que entra em vigor em 1973, fragmenta o eixo da formação, compartimentalizando-o em três partes: pré-profissional, tronco profissional comum e habilitações, privilegiando o desenvolvimento do ensino centrado no modelo médico de assistência hospitalar vigente ". Coaduna-se portanto com a prática vigente em sociedades capitalistas, em que a saúde, de um direito do cidadão, passa a ser demanda de consumo por aparelhos e tecnologias altamente sofisticadas, além da indústria de medicamentos.

Ainda neste documento, é analisado o tronco

profissional comum que " privilegia também o enfoque tecnicista, funcionalista e a assistência ao indivíduo hospitalizado. Nesse sentido, favorece a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública, unidade de internação/ambulatório ". Isso tem colaborado na manutenção da visão acrítica por parte do aluno que torna-se profissional frente à sociedade.

Ao discutir o papel do aparelho formador, REZENDE (1984 :32), afirma que " a universidade ... transmite não só o saber técnico. Diferencia o profissional acadêmico do trabalhador, impinge-lhe uma fantasia de intelectual, fá-lo crer

que subiu na escala hierárquica da dominação, mesmo quando conserva-o como um assalariado. ... O saber acadêmico é vendido no mercado como o fetichismo da mercadoria valiosa. O valor social de um título universitário demarca uma condição social elitizante ". (grifos nossos)

Não concordo com a posição desta autora em relação à fantasia de intelectual, porque os homens, de uma forma ou de outra, são intelectuais. "A relação entre os intelectuais e o mundo da produção não é imediata, como é o caso dos grupos sociais fundamentais, mas é " mediatizada ", em diversos graus, por todo o contexto social, pelo conjunto das superestruturas, do qual os intelectuais são precisamente os " funcionários "

Gramsci
(1985, p. 10) ".

Ao analisarmos os profissionais de saúde, consideramos não só a ideologia dominante que lhes é passada pelo aparelho formador, mas também as determinações da divisão social do trabalho a que estão sujeitos, como membros de um sistema produtivo e de dominação, onde está situada também a sua clientela e onde eles atuam como clientela de outros profissionais.

E, prosseguindo nesta linha de análise, destacamos a pesquisa realizada por COCCO & TAKAHASHI (1989 : 12), sobre as expectativas do enfermeiro para a década de 90, onde os enfermeiros querem "melhor remuneração, maior valorização pela sociedade, modificação do perfil (profissional)". São, portanto, expectativas sobre a necessidade de alteração curricular e do perfil profissional, que são indissociáveis e estão presentes não somente à nível do discurso dos intelectuais, mas reivindicações dos trabalhadores de enfermagem.

Este currículo que está sendo utilizado nas faculdades de enfermagem data de 1972 (Parecer no. 163/72 e Resolução no. 4/72) do CFE (Conselho Federal de Educação) (GERMANO, 1985 : 39). Sendo que nestas duas décadas de vigência deste currículo, já houve alterações profundas no país, tanto

à nível político quanto econômico e social.

Consideramos como sendo de importância fundamental, em relação ao currículo de enfermagem, a questão da fundamentação filosófica, da visão de mundo, já que " caberá a cada curso o encaminhamento das questões que se referem à definição o marco conceitual da formação "generalista" do enfermeiro ; ao delineamento do seu perfil, explicitando suas funções nas várias áreas de atuação; ao desenvolvimento de trabalho com a comunidade através de uma prática reflexiva permanente; ao delineamento de estratégias estruturais para a operacionalização do ensino. ... Considera-se que tais questões dependem essencialmente das bases conceituais que fundamentam a orientação de cada curso no que se refere à compreensão do processo saúde-doença, da assistência de enfermagem, do papel da universidade, das práticas pedagógicas e outros" (Documento da Comissão de Especialistas, 1988 :8).

Deste modo, os intelectuais ligados organicamente às bases dominantes, colaboram de forma efetiva , imprimindo a visão de mundo que permeará o currículo de cada faculdade/universidade.

Têm sido realizadas discussões sobre a reformulação do currículo mínimo para a graduação

(2)
em enfermagem, tanto a nível de especialistas (Brasília, 1988),
quanto a nível dos trabalhadores em enfermagem (Niterói, abril
(3)
1989), onde a enfermagem é tida como prática social e deve estar
engajada na coletividade, da qual é indissociável.

Para BARROS (1985 : 27), " a política
Educativa em Enfermagem tem sido fruto, em dados momentos da
história, de interesses de grupos da sociedade hegemônicos na
prática médica, muito embora se registre lutas no interior das
Associações e Escolas de Enfermagem que por serem minorias
dominadas consciente ou inconscientemente, não têm poder de
(4)
pressão". Na discussão da política educacional de Enfermagem,
deve-se ter como referencial norteador a realidade concreta
vivida pela sociedade brasileira, as questões sociais, políticas,
econômicas, para a partir disso, traçar o perfil e a situação
concreta para os Enfermeiros.

Ainda em relação à formação do Enfermeiro,
ALMEIDA (1985 : 53) destaca que " o ensino formal é uma
instituição que não tem força total para transformar a prática;
está distante dela e parece correr paralelo à ela e são poucos os
momentos de imbricação destas práticas, a do ensino e a da
prática propriamente dita ".

Esta visão de mundo que norteia a formação do

profissional está sendo repensada em obras críticas sobre a enfermagem e que partem da realidade concreta. ALVES (1987 :96) , em estudo realizado analisa e toma como um dos pontos de partida, " a tentativa de repensar a educação como instrumento de conscientização, atribuindo à escola uma autonomia relativa em relação à estrutura social. A opção que interessa ao mercado de trabalho ou que atenda às necessidades da população é uma opção política. ... Nessa busca não podemos esquecer a necessidade de ampliar a formação de intelectuais de enfermagem, politicamente comprometidos com os interesses dos trabalhadores de enfermagem " (1987 : 97).

Esta crítica aos modelos utilizados nos currículos de graduação, também é feita por NAKAMAE (1987 : 114/115) a qual ao defender a questão do ensino técnico-científico, ressalta a questão da técnica. Esta "enquanto saber e enquanto intervenção prática, se acha submetida às condições sócio-econômicas, políticas e ideológicas de sua constituição e seu ensino reclama necessariamente a explicitação dessa condições que a determinam, ...aprofundamento do conhecimento da realidade social. ... Percebe-se, pois, o caráter ideológico presente no predomínio, para não dizer exclusivo, enfoque biologizante que marca o conteúdo dos atuais cursos de enfermagem ".

Para LEOPARDI et alii(1989 : 19)" ... os

enfermeiros lidam com o ensino a todo momento, se levarmos em consideração também a educação em saúde para os clientes, individual ou coletiva. No entanto, nos cursos de graduação, os enfermeiros não são adequadamente preparados para essa função ". E vai além, mostrando que no final da década de 80, " a educação em saúde, ... possa se tornar instrumento dependendo do modo como entra no processo de trabalho".(Ibid, 22)

Na representação de alguns profissionais entrevistados, a formação crítica não vem do aparelho formador, é uma formação política (se é que assim pode ser denominada) e que se dá à parte da sua formação profissional no ensino universitário. Ocasionalmente o aparelho formador pode consubstanciar estas idéias, estas práticas que já eram exercidas anteriormente pelos profissionais. No entanto, isto estaria ligado fundamentalmente à questão da consciência sanitária, da concepção crítica, vinculada ao real, às condições reais de vida, o que não é valorizado pelos profissionais de saúde em geral.

Por outro lado, as políticas sociais, e em especial, as políticas de saúde e de educação têm propiciado a reprodução e manutenção das condições existentes com sua ideologia, que se liga organicamente ao modelo político vigente.

Enfermagem : prática social ?

A crise em que se encontra a enfermagem neste final de século onde delinea-se a mudança da assistência à saúde a ser feita, face às mudanças nas condições de vida da população atendida, implica crise de sua aceitação junto à sociedade, uma crise de redefinição de funções. Implica na crise de uma profissão eminentemente feminina que já não aceita subordinação, mas quer quebrar laços e amarras, uma profissão que está participando de um amplo processo de proletarização .

(5)

O debate sobre essa crise nos mostra uma separação de intelectuais cada vez mais teóricos e os trabalhadores de enfermagem cada vez mais isolados, pouco reivindicativos, sem o hábito da criticidade e da luta política.

Ao contrário disso, podemos observar que a clientela, em muitos casos reivindica, sabe o que é melhor para ela e tenta resolver os problemas de forma coletiva. Estes trabalhadores parecem estar assim mais atentos às mudanças na sociedade, que os trabalhadores da área de saúde e mais

especificamente os de enfermagem.

A dificuldade de consciência crítica dos trabalhadores de enfermagem deve-se também ao papel das novas tecnologias, definidas por KAWAMURA (1990 : 5) como " conhecimentos científicos avançados aplicados ao processo produtivo conforme os interesses econômicos e políticos dominantes ", que na área de saúde chegam ao extremo, com inúmeras especializações.

A tecnologia, que alcançou alto grau de desenvolvimento nas duas últimas décadas, tem forte influência no trabalho dos profissionais de saúde e de forma específica, no do enfermeiro. A tecnologia sofisticada na área de saúde, com aparelhos de custos elevadíssimos e que tornam-se rapidamente obsoletos servem geralmente a uma minoria, uma elite que dispõe de poder aquisitivo, para consumir este bem.

A inserção desta tecnologia de ponta no Brasil, um país com contrastes tão marcantes entre suas regiões, segundo KAWAMURA implica em " algumas importantes contradições nas relações de trabalho,... que produzem por um lado uma diferenciação no acesso aos benefícios decorrentes das inovações tecnológicas nas diversas áreas econômico-sociais e culturais, restritos a reduzidas parcelas da população... e, por outro lado, um processo de exclusão de outras parcelas, que são sistemática

e progressivamente excluídas do processo de trabalho, do acesso aos sofisticados serviços médicos, culturais e de lazer; dos centros de estudo e difusão científica e tecnológica". (1990:11)

O enfermeiro, enquanto trabalhador de enfermagem, é assim também expropriado do bem que ajuda a produzir e que serve a parcelas selecionadas da população, não tendo acesso ao produto de seu próprio trabalho, assim como outros trabalhadores não têm acesso aos bens que produzem.

Há uma dualidade, uma contradição no trabalho do enfermeiro: ao mesmo tempo em que atua junto à clientela determinando de certa forma o que será feito; ao exercer sua atuação, é um trabalhador de enfermagem. Então, o que vai distingui-lo, enquanto trabalhador, dos outros trabalhadores? Para GONÇALVES (s/d:1) "alguns tipos de trabalho humano, mais do que outros, mesmo no contexto de cultura e sociedade diferentes e em momentos completamente diferentes da história são mais facilmente desvinculados da idéia geral de trabalho, aparentando serem formas de atividades distintas, mais nobres, mais livres das injunções materiais que costumam estar associadas ao estereótipo do mundo do trabalho como algo pesado, sofrido, repleto das leis férreas da necessidade e distante da criatividade e da liberdade. Dentre esse tipos de trabalho, um dos mais notáveis é o trabalho em saúde...".

Em relação ao enfermeiro, este tipo de trabalho, desvinculado das injunções reais, é assim visto pela sociedade, mas não por eles mesmos na maioria das vezes. Assim, para LOYOLA (1988:129) "as enfermeiras incorporam os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional na figura abnegada e docilizada do anjo branco, que serve com perfeição ao Estado e ao poder médico...". Discordamos parcialmente desta autora, no que tange à esta imagem ser interiorizada pelo enfermeiro. No nosso entendimento, este é o senso comum que permeou na sociedade, e nela está interiorizado; onde ainda há grande confusão na distinção entre as várias categorias que compõem a enfermagem, porém já está se alterando entre os enfermeiros, que como trabalhadores ressentem-se dos baixos salários recebidos.

GERMAND (1985: 25) vai além e mostra que isto já é parte do senso comum desde a origem da profissão: "...a ideologia da enfermagem, desde sua origem, e, em particular, a de Ana Néri, para os brasileiros, significa: abnegação, obediência, dedicação". E prossegue, mostrando que "...o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém console as vítimas da sociedade".

Essa desvinculação do real interessa aos detentores dos meios de produção na saúde, à medida em que encobre os baixos salários, as condições de trabalho insalubres e inadequadas; sob a imagem "idealizada" dos profissionais de

enfermagem.

Prosseguindo nessa linha de reflexão, em trabalho realizado sobre as " Linhas filosóficas e ideológicas na pesquisa em enfermagem no Brasil " ROCHA & SILVA (1997:220) mostram que "o investigador já traz pré-concebida, a idéia de enfermagem, pautada em procedimentos regulares, sistematizados, rotinizados para trazer maiores benefícios ao cliente e ao serviço buscando então, através da pesquisa, a confirmação de suas suposições. É construída uma assistência de enfermagem idealizada, através de orientações específicas a diversas categorias de clientes agrupados como cardíacos crônicos, gestantes... Na maioria das vezes, conclui-se que a regulamentação traz melhores resultados ". E nesta "concepção de enfermagem" que o profissional traz, há toda uma carga ideológica, uma visão de mundo, que irá interferir na sua atuação junto a coletividade.

Como se configura essa "assistência de enfermagem idealizada "? Há certos legados, que são passados dentro das universidades, nas faculdades de enfermagem, frequentadas quase que exclusivamente por mulheres. São os papéis clássicos: submissão, fraternidade, abnegação, trabalhar por idealismo. Além da questão de ser esta uma profissão essencial na área de saúde, mas que tem pequeno reconhecimento por parte da sociedade, onde a remuneração do profissional não é condizente

com o seu nível de formação, principalmente nas instituições privadas. Então, sobre essa enfermagem idealizada, que é utilizada pelos aparelhos formadores, há a manutenção do "status quo", e o que ocorre é a reprodução deste modelo por parte dos profissionais, quando exercem suas atividades junto à clientela, ⁽⁶⁾ embora isto não ocorra de maneira linear.

Concordamos com LEOPARDI et alii (1989:11) que é necessário "fornecer os subsídios para uma discussão em direção a um projeto político para a enfermagem, que possa nortear as ações a nível individual e coletivo" e que a enfermagem deve ser assumida enquanto prática social, inserida no contexto histórico atual da sociedade brasileira.

Em análise realizada sobre a Revista da Escola de Enfermagem da USP, STEFANELLI et alii (1987:277) no período de 1967 a 1981, 3,4% dos artigos publicados eram sobre "educação para a saúde" (categoria utilizada pelos autores) e somente 10,7% do total de pesquisas eram referentes ao mesmo tema. MARGARIDO et alii (1987:290) ao dar continuidade à análise deste periódico no período de 1982 a 1986, encontrou somente um artigo sobre "educação para a saúde" e nenhuma pesquisa. STEFANELLI et alii (Ibid.:270) referem que 65,1% dos autores pertencem à Escola de Enfermagem da USP e MARGARIDO et alii (Ibid.:288) encontraram no período de 1982 a 1986 85,7%. Portanto, podemos inferir que há um pequeno número de trabalhos

publicados que privilegiem a educação em saúde como área de atuação do enfermeiro.

Em recente levantamento realizado sobre a produção científica do enfermeiro no período de 1979 a 1989, LEOPARDI et alii (1989:21) encontraram que "por outro lado, ainda que a educação em saúde venha sendo apontada como um possível objeto de trabalho para o enfermeiro, um número maior de textos apareceu até 1979, e não nos anos 80, não se evidenciando nesta década como objeto de investigação". Frente a esses dados, podemos nos perguntar em que medida o aparelho formador do profissional de saúde não estaria agindo como um sistema integrador desses profissionais aos valores ideológicos dominantes que influi na definição de suas atividades técnico-científicas e sociais.

Notas

1. GERMANO trata considerações à respeito da enfermagem enquanto prática social, "torna-se imperativo localizar a enfermagem como profissão, não como prática interna que se desenvolve a partir de si mesma, mas como prática social que se relaciona com outras práticas sociais (econômicas, políticas, ideológicas), em meio a uma totalidade histórico-social, que configura a própria sociedade". (Op. cit.:18-9)

2. SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CURRÍCULO MÍNIMO PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO. Niterói, 10 e 11.abr.1989.

3. "Subsídios para elaboração de uma proposta de currículo mínimo para formação do enfermeiro." Comissão de Especialistas de Enfermagem/ SESU-MEC, Comissão de Educação da ABEn-Central. Brasília, jul.1988. (documento)

4. À esse respeito, segundo CARNOY (1987:30) "para Gramsci, o papel do sistema educacional burguês tradicional é desenvolver intelectuais orgânicos da classe burguesa e se infiltrar nas classes populares para obter um contingente adicional de intelectuais que dêm homogeneidade e auto-consciência ao grupo dominante". Esta análise também é feita por ALMEIDA, no sentido de que as mudanças na enfermagem devem vir a partir da prática. Para esta autora, "...o nível institucional escolar não é capaz de por si só, propor mudanças. Estas devem surgir essencialmente ao nível do trabalho prático de todos os agentes da enfermagem e não só das enfermeiras, mas ainda com a participação de outros profissionais". (1986:22)

5. À respeito da proletarianização na enfermagem, ver WAGNER (1980:271-91)

6. Salientamos a forma discriminatória utilizada por um periódico de circulação nacional, Folha de São Paulo, que em seu caderno sobre o vestibular publica, no mesmo dia, duas entrevistas com vestibulandos sobre sua opção para o vestibular. A manchete era: "Este preso quer ser Enfermeiro" e a outra dizia: "Esta freira irá prestar enfermagem"; reproduzindo modelos para profissão que já foram ultrapassados. Em reportagens anteriores, para outros cursos universitários foram mostrados jovens de classe diferenciada que optaram por determinadas profissões. (cf. JORDÃO, 1990 e MARTINS & PINTO, 1990).

C A P Í T U L O I I

D O P R O F I S S I O N A L

Prática Educativa : A Representação dos Enfermeiros

A prática educativa exercida pelos profissionais junto à clientela não é entendida pelos enfermeiros como sendo educativa, mas como uma atividade institucional, que é parte de suas funções dentro da instituição.

Concordamos com BRANDÃO, (1980 : 7) sobre sua análise da prática educativa, onde a educação é um instrumento de controle social, onde " os seus conteúdos de efeito socializador em geral, conduzem mensagens que legitimam uma ordem social vigente. . . . Ao ensinar alguma coisa a algumas pessoas, a

educação ensina os termos de uma ordem social que deve ser reconhecida como necessária e legítima, na mesma medida em que ensina os conhecimentos e as habilitações necessárias e legítimas para que as pessoas da sociedade preservem e reproduzam com as suas idéias ("próprias" mas inculcadas pela educação), e com as suas atitudes ("apreendidas" mas sob a forma de controle exercido pela sociedade através da educação), a ordem econômica, política e ideológica da sociedade".

Na representação de alguns dos enfermeiros entrevistados, a sua prática "ainda é falha, muito empírica, a gente ainda faz muita coisa que aprende por aqui mesmo (no hospital) ... não busca fora ... é muito em cima do que vai no dia-a-dia, ... do que dá resultado". Não há como preocupação fundamental dentro desta visão da prática, a mudança das condições em que ela se processa, por parte do enfermeiro. Ela deveria estar voltada, numa perspectiva mais democrática, para um processo de formação de cidadania e, em outro nível, de desenvolvimento da consciência sanitária, tanto da clientela, quanto do profissional.

Não há, portanto, uma reflexão sobre a prática por parte do enfermeiro, que busque novos caminhos, que privilegie novas propostas de atuação. O empírico encerra-se nele

mesmo, não é feita a sua articulação com a teoria (que no caso da educação em saúde está mais avançada que a prática).

(2)

Assim, a sua prática altera-se baseada tão somente na sua visão de mundo, sem levar em consideração as mudanças que estão ocorrendo na sociedade e, fundamentalmente, sem considerar a saúde como sendo perpassada por outras práticas e por outras áreas do conhecimento.

E Tudo Começou na Escola : A Influência da Graduação

Consideramos de fundamental importância, resgatar a visão que os enfermeiros entrevistados têm da sua graduação, tentando analisar se havia realmente uma ênfase curricular que privilegiasse a prática educativa ou as ações educativas. Para isso, utilizaremos a fala dos profissionais, sobre a época de sua graduação, o que ficou gravado como sendo importante para eles.

Embora neste estudo os enfermeiros tenham realizado a graduação em diferentes faculdades do estado de São

Paulo, de outros estados (MG, PR e RS) e de outro país, em diferentes períodos, que cobrem desde a década de 50, até o final da década de 80, somente um profissional relatou que teve ênfase na educação e saúde durante a graduação, realizada no final da década de 50, quando o modelo hospitalar, tecnicista, ainda não era valorizado nos currículos da graduação no Brasil e também do profissional que graduou-se em outro país da América do Sul.

(3)

Sobre o discurso presente na década de 50 na USP-SF, uma ex-aluna deu o seu depoimento " a gente foi preparada para isso (o trabalho educativo), individual, com a família, em grupo, na enfermaria. ... Foi colocado em nossa cabeça, foi incrustado, enquanto alunas de graduação, que nós éramos multiplicadores de saúde, não éramos só enfermeiras.....tinhamos obrigações por lei, por que éramos portadoras de um diploma ". Isto confirma as análises feitas por GARCIA (apud NUNES) sobre " A articulação da medicina e da educação na estrutura social "; especificamente no período entre 1930-50, que buscava uma integração entre elas.

Uma outra visão é mostrada por um profissional graduado no exterior que cursou a universidade no final da década de 60, no Chile, graduando-se em 1970. " No 1o. ano (íamos) às escolas primárias, (falávamos) sobre vacinação, conversávamos com as mães das crianças sobre saneamento básico.

No 2o. ano, (íamos)ao colegial, com alunas (dando) orientação sobre educação sexual. No 3o., (havia) visitas domiciliares para organização de grupo familiar : distribuição do orçamento, o que poderiam comprar, voltado para a nutrição, higiene. No 4o. ano era diversificado . Se trabalhava muito em termos de planejamento familiar. Os EUA estavam interessados em que não aumentasse a população no Chile."(enfermeiro graduado há 20 anos e que atua em programa educativo)

Essas foram as duas experiências mais expressivas em relação à ênfase curricular da graduação do enfermeiro na questão educativa, junto à população. Diferem em relação ao país e em relação ao período, tendo o primeiro realizado a graduação na década de 50 e o segundo no final da década de 60.

Há diferentes formas de organização curricular, que juntamente com a cultura da região e familiar, propiciam ao aluno, condições para formação de uma visão crítica. Segundo o mesmo profissional citado, " na zona rural ... era voltado para o social. Trabalhava-se muito em organização de comunidades. Em alguns lugares não tinha nem registro civil. Tinha muito casamento consanguíneo, ninguém sabia quem era parente de quem".

Desta forma, para alguns profissionais que

tiveram contato mais próximo com a clientela, ampliou-se a visão da saúde, que não restringia-se à questão meramente curativa, mas que era inerente às condições de vida.

Outra experiência relatada em relação à formação universitária, propiciava ao aluno vivenciar na realidade concreta o que era visto em teoria; isto ocorreu no início da década de 70 na USP de Ribeirão Preto. " Na época a escola tinha um Centro Comunitário como campo de estágio, onde fazia reuniões com donas-de-casa para distribuição de soja, ver onde era mais barato, ensinava receitas. Tinha trabalho com vacina, alimentação".

É interessante ressaltar que, embora alguns profissionais tenham se graduado na mesma época, nem todos relembrou as experiências da graduação, do trabalho na comunidade com a mesma conotação de interesse e importância.

Assim, alguns estavam mais atentos aos acontecimentos, participavam da vida estudantil.

Quando entrevistados, alguns enfermeiros distinguiam rapidamente a prática educativa realizada ainda na graduação da exercida depois de formados. A importância dada à questão educativa já se iniciou, então, há mais tempo, já houve um amadurecimento, uma reflexão sobre esta prática, de alguma forma. Estas experiências servem como referência, como parâmetro,

no momento em que param para refletir sobre a sua prática educativa.

Para outro profissional, sua prática educativa teve início ainda na graduação, no final da década de 70, no interior do Paraná, "ligado ao movimento estudantil, à militância política ligada ao partido. ...Reuniões em comunidade à noite, reunião na casa das pessoas, (sobre) saúde, condições de vida, saindo para o político, junto com aluno da medicina...em 1979,... provocava sensação de temor, pegou o final da repressão, UNE era ilegal na época. Não era visto com bons olhos pelos docentes da enfermagem. Comecei e desisti".

A prática educativa para alguns dos profissionais entrevistados não tem valor apenas pelo trabalho realizado, mas "é uma opção de vida. Não se consegue ficar só com (a atividade remunerada)", gosta de realizar trabalhos junto com a comunidade e finaliza "é nunca querer ficar rica".

Na análise das entrevistas, ficou claro que para estes profissionais com discurso mais avançado, ou crítico, havia a questão familiar, com pais educadores, alguns imigrantes ou descendentes de imigrantes, que já tinham a noção da importância do trabalho comunitário, da união para tentar resolver os problemas locais e que teve influência mais acentuada que o próprio sistema educacional, na formação desta consciência

crítica.

Dessa forma, o envolvimento com partidos políticos, associações, movimentos ligados à igreja, além da formação acadêmica têm influenciado a vida profissional e pessoal, que são indissociáveis, pois implicam em uma opção filosófica.

Isso está coerente com o que se diz em "A Prática Educativa do Enfermeiro" (dissertação de mestrado) de acordo com ALMEIDA (1985 : 35), " mais importante que estabelecer metodologias, é estar ciente do seu propósito. Definir qual o objetivo que sustenta a prática educativa; se a mesma pretende reforçar programas normativos desvinculados do real ou se pretende uma participação efetiva dos que estão envolvidos na ação". É fundamental para ela que o enfermeiro reflita sobre a sua prática educativa inserida no contexto mais amplo da sociedade.

É importante analisar a incoerência existente entre o discurso participativo do enfermeiro no momento da entrevista e aquele discurso (que não teve correspondência) feito por ele durante o acompanhamento das reuniões em grupo na qual participava. Embora procure trabalhar a partir das dúvidas levantadas pela clientela, nem sempre consegue sair de um esquema pré-determinado, de ter que passar determinadas informações para

a clientela que procurou o serviço de saúde e está participando daquele grupo.

É um discurso contraditório, ambivalente, em que ao mesmo tempo em que tem consciência e louva a participação da clientela, a democratização das relações entre profissionais e clientela na realização dos grupos educativos, no momento em que participa do grupo consegue atingir tão somente uma prática pseudo-democrática. As normas na instituição não permitem que se avance muito e o próprio perfil, às vezes autoritário do enfermeiro, também cria condições para que não haja mudanças.

A representação que os enfermeiros têm sobre a sua prática educativa mostra um discurso contraditório, que ora reforça o que é dominante, hegemônico, e em outros momentos surge crítico.

Para um profissional, o estágio na habilitação em Saúde Pública na USP-SP foi marcante, tendo influenciado sua prática educativa posterior, onde busca trabalhar com a realidade cotidiana e concreta da vida dos usuários. " ...quando a gente fez estágio na habilitação, eu sempre gostei muito de trabalhar com grupo, ... achava que era o que resolvia. Eu achava muito ruim aquele povinho todo resfriado no Centro de Saúde, tinha consulta, voltava no mês seguinte, e não ficavam sabendo realmente o que eles tinham. Muita

adolescente grávida e tendo um monte de anticoncepcional dentro do Centro de Saúde. Então, faltava só a gente estar conversando".

Este discurso é contraditório, no sentido em que ao mesmo tempo em que privilegia o espaço educativo como prática conscientizadora, libertadora, nas questões referentes à saúde, encerra-se em si mesmo, como se sua finalidade fosse meramente curativa.

Para alguns profissionais, a questão educativa está inserida no contexto histórico da sociedade brasileira, de forma concreta, crítica e reflexiva, como este, que relata "que" minha preocupação maior é que a gente consiga nesse processo de Reforma Sanitária, não só a instrumentalização dos Centros de Saúde, a melhora da área física mas um trabalho junto aos profissionais e à comunidade, de formação da consciência sanitária, que a gente consiga ter os dois elementos desse processo como sujeitos das ações que ocorrem. Ela (a prática educativa) ainda é capenga, deficitária, ainda está voltada para os profissionais". (enfermeiro atualmente exercendo função administrativa na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas) -

A representação de alguns enfermeiros sobre uma prática educativa que seja efetiva para a clientela, mostra uma consciência ingênua, como se só a forma de realização do

grupo seja suficiente para dar satisfação aos usuários. Segundo um dos enfermeiros, " acho que tenho uma dinâmica de grupo que atinjo os pacientes; procuro falar com eles de forma bem simples, mesma linguagem, me identifico com eles ... demoro mais, gosto de dar bastante atenção "(enfermeiro que atua em grupos há 8 anos) . Mas isto se passa dentro daquela concepção de mundo idealista por parte do profissional, sem o questionamento de estar servindo a um modelo de atenção à saúde, ultrapassado.

Para outro enfermeiro, ao analisar a prática educativa que realiza, " A gente vê que existe falhas por que não há 100% de resposta positiva do paciente, às vezes ele não entende o que você falou. Ou você fica se questionando (sobre) uma coisa teórica que o paciente tem que fazer meio obrigado, ... ". (enfermeiro que trabalha com grupos educativos)

O grupo, tanto para este profissional, como para outros, parece ter a função somente de repassar informações, que irão traduzir-se em melhora nas condições de vida dos clientes, através da "doutrinação" dos mesmos, sobre conhecimentos científicos básicos à respeito da patologia que motivou a sua procura pelo grupo.

Essas limitações quanto à consciência crítica apresentada por esses enfermeiros sobre sua prática educativa podem ser explicadas levando-se em consideração a formação dos

mesmos face as mudanças citadas que permeiam a realidade da sociedade brasileira. Segundo GERMANO (1985 : 41), "enquanto os problemas de saúde encontram-se centrados, portanto, no âmbito da saúde pública, os currículos da área da saúde, não só da enfermagem, têm concentrado uma densa carga horária nas disciplinas altamente especializadas no campo da medicina curativa Em síntese, pode-se depreender que, em decorrência da monopolização da economia, as práticas de saúde e o exercício da medicina e da enfermagem, em particular, sofreram um processo acentuado de privatização e de especialização excessivas ".

Deve-se considerar, portanto, que o papel da educação em saúde, em todo esse conjunto de influências mencionadas, não foi suficientemente destacado pelas instituições formadoras dos enfermeiros, como tendo sido basicamente decorrente da divisão de trabalho técnica e social, sobre a qual a sociedade está organizada.

A Prática Idealizada X a Prática Realizada

Contrapõem-se à prática idealizada na representação dos enfermeiros, como sendo neutra, buscando a

alteração positiva nas condições de saúde da clientela, a prática efetivamente realizada pelo profissional na realidade concreta. Assim, de prática idealizada, passa a ser uma prática ideologizada⁽⁴⁾, repleta de valores, onde em última instância, prega-se a manutenção das condições de vida, sem alternativas para que ocorra um crescimento, uma tomada de consciência, tanto por parte da clientela quanto dos profissionais.

No desempenho desta prática não há uma consciência crítica do profissional em relação ao que está sendo feito.

Neste tópico é possível perceber-se a conformação da ideologia que é inerente à atuação profissional. Há todo um condicionamento social, da instituição de ensino, no sentido de não alteração da ordem social vigente.

Quando indagados sobre sua prática educativa, alguns enfermeiros tiveram dificuldades em tentar analisá-la. Havia respostas como "Independente de ser gratificante para o enfermeiro tratar de paciente em grupo, é uma forma muito gratificante". E não dá para desvincular o enfermeiro do trabalho de grupo. É ele que vai lidar com essa população e com a saúde dela". (profissional que atuou vários anos em grupo).

Para outro profissional a prática educativa "é muito gratificante. Toca a pessoa (usuário), no sentido de despertar, de ver o valor da saúde". (enfermeiro graduado há vinte anos). Será este despertar mencionado realmente importante para os usuários?

Quando isto ocorre, o enfermeiro ou outro profissional que estiver realizando o grupo, atuaria como um dos elementos desencadeadores de um processo de conscientização no usuário, possibilitando uma reflexão, uma visão crítica sobre suas condições de vida, de saúde e de trabalho.

Está sempre presente na fala do enfermeiro, a questão da gratificação pessoal ou enquanto profissional, pelo fato de estar atuando diretamente junto a clientela, longe de seu papel burocrático, que inevitavelmente tem que ser executado, tenha apreço por ele ou não, exceto pelos enfermeiros que atuam exclusivamente com grupos de clientes.

Além disso, há uma ideologia da administração científica do trabalho que permeia a atuação dos enfermeiros. De acordo com CARRASCO (1987:221) em estudo no qual analisou a influência de Taylor e Fayol na produção científica dos enfermeiros no Brasil, "estes dois teóricos tiveram um forte papel na produção científica da enfermagem de maneira explícita e implícita, e, conseqüentemente, na prática de enfermagem". Há,

uma perspectiva que permeia o trabalho do enfermeiro, que quanto mais ele está na administração, a ele cabe o saber, as diretrizes, o que torna-se um modelo excludente, para os trabalhadores que se encontram na condição de usuários do setor saúde.

Apesar desses aspectos sociais que envolvem a organização burocrática, a questão educativa é encarada por alguns profissionais, como sendo inerente ao próprio indivíduo. "Estou o tempo integral na parte educativa e na maioria das vezes, de conteúdo informal. ...Eu era uma educadora nata. Quando a pessoa sabe, entende alguma coisa e está conscientizada disso, é extremamente fácil transmitir". Para este profissional, que atua há mais de dez anos com grupos e tem experiência desde a época da graduação, há vinte anos, o trabalho com a clientela passa por fases, de acordo com a vivência do profissional, que vai amadurecendo. Numa dessas suas fases de repensar o que era feito, deu-se conta de que as atividades com a clientela, "era uma coisa que estava dando satisfação para mim", embora não mencionasse, para os usuários também. Era a realização do profissional e não o atendimento das necessidades reais da população.

Não há, segundo as manifestações dos entrevistados, um esquema "correto" que possibilite a realização de qualquer trabalho educativo. Nas experiências consideradas

válidas, pelos enfermeiros que estão atuando diretamente com a clientela, são trabalhadas as questões emergentes na reunião em grupo, embora isso seja limitado, dentre outras causas, pela própria prática educativa institucional, como os limites impostos pelas condições de realização destes grupos.

A participação da clientela é mais efetiva e cria vínculos com profissionais e com a instituição, quando é permitido que fale espontaneamente, que participe dos grupos, mesmo dentro de conteúdos programáticos pré-determinados. Um relato neste sentido é feito pelo enfermeiro anteriormente citado sobre seu trabalho com grupos de gestantes, ou mães que deram à luz recentemente. Ele notou que elas "estavam extremamente receptivas, mas não necessariamente para (falar) sobre a amamentação. Pode até começar com alguma dúvida que ela tenha...Se conseguir achar um elemento que seja ...um estímulo...bem espontâneo. É muito mais importante do que ir com o discurso prontinho".

O trabalho educativo pode não ser uma opção do profissional, mas parte das funções "obrigatórias" do enfermeiro, como relata um profissional que atua com grupos e exerce outras funções administrativas: "comecei um trabalho que já existia, por necessidade do momento. Eu gostei, era um grupo assim bem consciente daquilo, um grupo unido. Eu acho que quando (o enfermeiro) faz só isso direto, sem fazer outras

coisas, é cansativo".

Percebe-se que para ele a determinação institucional deve condicionar o trabalho educativo ao lado de outras funções de enfermagem. A própria instituição não valoriza adequadamente o trabalho educativo realizado pelos profissionais de saúde. Para o atendimento em grupo nos Centros de Saúde, de acordo com um enfermeiro que trabalha com grupos, era pago em 1990, o valor correspondente a um atendimento individual, independente de haver um ou dez participantes.

Na análise da fala dos enfermeiros ligados estritamente à área assistencial/burocrática, sobre a prática educativa que efetivamente exercem, comparadas com a fala dos enfermeiros ligados à docência e funções na Prefeitura do município, há uma nítida diferenciação a nível de discurso, não devendo com isso subentender, mecanicisticamente, que o local de trabalho é que determina a concepção de mundo. Foi inquietante encontrar na fala do enfermeiro assistencial um discurso "apagado", linear, em contraposição ao discurso "intelectualizado", permeado de considerações econômicas, sociais, filosóficas, utilizando a linguagem dos grupos engajados no movimento sanitário. A prática, que deveria ser a transformadora da realidade, é onde perpetua-se modelos ultrapassados. Isso, talvez, dado o caráter das instituições que lhe norteiam a prática.

Embora exerça a atividade com grupos cotidianamente, o enfermeiro tem dificuldade para exprimir-se sobre a sua prática educativa. Não há uma postura crítica diante do tipo de trabalho realizado, talvez pelas próprias condições de seu trabalho.

Para muitos profissionais as condições de trabalho, a multiplicidade e o parcelamento das funções, as relações interpessoais entre a equipe de enfermagem à ele subordinada, a tentativa de subjugação por parte da equipe médica (o que é um condicionamento já histórico), faz com que suas lutas permaneçam neste plano, não permitindo que avance em relação à formas alternativas mais democráticas no relacionamento com a clientela e a modelos alternativos para a saúde.

Nota-se que há diferenças na postura adotada pelos enfermeiros que trabalham exclusivamente com grupos educativos e os que exercem simultaneamente as funções assistenciais e administrativas do setor, além do trabalho educativo. Os primeiros, dispõem de um maior período de tempo para ouvir as colocações dos clientes, para elaborá-las e mesmo para estudar e pesquisar sobre os temas abordados. Enquanto que para os enfermeiros que exercem as várias funções, simultaneamente, o período de duração do grupo é realmente delimitado, caracterizando-se a sua realização pela interrupção constante devido a problemas que estão ocorrendo no setor. Devido a esta

sobrecarga, não há o tempo necessário para esquematizar-se o funcionamento dos grupos, para a reflexão sobre o que é falado, ou sobre como se processam as relações dentro do grupo. É cobrado de tal forma, pela própria instituição, no exercício de suas funções enquanto profissional, a submissão às ordens médicas e institucionais, os horários rígidos, a vestimenta adequada, que
(6)
restam poucas alternativas para mudanças.

Em um grupo onde é trabalhada a questão do aleitamento materno com gestantes e/ou mulheres que já tiveram filhos, o enfermeiro que coordena o grupo, tenta colocar as coisas no sentido da experiência e do conhecimento que elas têm sobre as mudanças e o cotidiano das gestantes e das mulheres que têm filhos. É um contato rápido e que busca um elo com essas mulheres, que serão posteriormente frequentadoras deste local com seus filhos. A questão fundamental destas reuniões, é dar subsídios para que as mães tenham conhecimentos que possibilitem maior tranquilidade nas relações com o bebê, incluindo o aleitamento materno.

Os contornos da prática educativa do enfermeiro delineiam-se também, como sendo o grupo uma forma de repasse de conhecimentos à clientela, que por sua vez agirá como multiplicadores deste saber. Como quando um enfermeiro do grupo de laqueadura fala para as mulheres presentes na reunião em

grupo, que se " a vizinha, a amiga vai tomar pílula, fale para ela ir ao médico".

A influência intelectual da instituição formadora ou de partidos políticos pode ser notada no caso de alguns enfermeiros em que o interesse pela prática educativa teve início ainda na época da graduação. Segundo um deles, " no início da década de 80, conheci pessoas do Movimento Popular (de saúde). Eram dadas aulas onde as mulheres pediam para discutir problemas do bairro. No início, discutiam sobre febre, problemas das crianças. Depois estavam motivadas para os problemas delas ". Este profissional participa desde a época de graduação, de movimentos populares e partido político. É nítido, em seu discurso, a visão crítica do real e a vontade de procurar novos caminhos na sua atuação profissional, que contemplem o coletivo.

Assim como nesses casos, há entre enfermeiros que têm uma postura crítica, a necessidade de buscar, juntamente com a clientela que utiliza os serviços de saúde, formas de reverter a situação atual, de mudanças nas condições de trabalho.

A visão deste profissional sobre usuários que já tiveram outras experiências, já passaram por outros processos de lutas, de reivindicações ou mesmo de discussão, é a de que " a gente percebe que a postura deles é diferente. ... Eles se

reportam à gente com mais facilidade, se abrem mais. Vêm com preocupações mais elaboradas". Procuram, dessa forma, delinear o processo educativo na realidade concreta das experiências de vida da clientela..

Sobre a efetivação da prática educativa, diz ainda esse profissional, "acho importante a gente estar se instrumentalizando para fazer este tipo de trabalho. É superimportante ter a avaliação ideológica, mas a gente tem que fazer com competência também. ... é uma questão muito séria ... em alguns grupos, você mexe com as questões emocionais das pessoas."

Nem sempre a consciência social e a consciência sanitária fazem parte da realidade do enfermeiro, é algo distante, que não está em suas preocupações, quando não ignoram mesmo o que ocorre na coletividade, atrás de frases como " não tenho acompanhado as discussões atuais sobre saúde ", referida por alguns profissionais quando indagados sobre o que é saúde para eles. Para outros, no entanto, a forma de encarar a saúde está ideologicamente vinculada à sua forma de viver, sua opção política, sua participação na sociedade civil.

(7)

A alienação, quando persiste, faz com que o profissional enxergue somente sua própria vida; as notícias do mundo real, a atualização nos conceitos de saúde, as mudanças de

regimes políticos que têm ocorrido, para eles são manifestações de um mundo distante. Os que têm uma visão crítica, estão engajados em lutas políticas, movimentos sociais, têm divulgado de maneira tímida suas idéias, e mesmo assim têm consciência de servirem de modelo para a nova geração de profissionais : atuantes e combativos como trabalhadores no setor saúde, procurando atuar de forma mais compromissada com as necessidades de saúde na sociedade.

Os intelectuais críticos da enfermagem despiram-na de sua aura de idealismo, de abnegação, ao partir-se para uma vinculação ao trabalho como forma de sobrevivência, mas ainda persiste a alienação, na medida em que não se ultrapassem as formas de consciência corporativa sobre as necessidades de organização do sistema de saúde. Nesse caso, eles prescindem da visão crítica desenvolvida pelos próprios usuários, num processo educativo conscientizador (científico e social), em que também podem estar envolvidos através de sua prática profissional e educativa.

Num processo educativo conscientizador, as relações entre o profissional e a clientela são mais democráticas, pressupondo uma troca entre iguais. Na representação de um enfermeiro que trabalha já há algum tempo com grupos educativos na área de saúde da mulher, "minha prática educativa não é a mesma não. Eu cresci muito, evolui com o passar do tempo, aprendendo no dia-a-dia, inclusive com as próprias pacientes: o linguajar, buscar uma compreensão para fazer o paralelo com o dia-a-dia que elas entendem. ...Na faculdade a gente não tem muita dinâmica de grupo. A questão da coordenação do grupo, a postura, a dinâmica, aprendi no dia-a-dia, fazendo grupo. ...Sinto que o enfermeiro está perdendo o campo de trabalho e que há outros profissionais que não tiveram embasamento fazendo isso. ...É um trabalho que agora está tendo retorno, elas (clientes) chegam e falam: claro que eu pago o atendimento da instituição de saúde, pago imposto, não é de graça!". Ainda segundo o relato deste enfermeiro, "há uma maior conscientização das (clientes) que têm usado mais assiduamente" (o serviço de saúde).

Ainda no entendimento deste profissional, "o trabalho em educação só é possível quando feito em equipe multiprofissional. Cada profissional dá uma visão diferente. É difícil pela competitividade dos profissionais. ...A faculdade não dá subsídios para trabalhos educativos...".

Assim, o discurso deste profissional caracteriza basicamente as preocupações fundamentais da prática educativa do enfermeiro: a apropriação de conhecimentos tanto por parte do profissional em relação à clientela, quanto da clientela em relação ao profissional, configurando-se à partir desta troca de saberes, uma realidade reconstruída, onde há uma conscientização da clientela e de seus direitos enquanto cidadãos. Aponta também para a questão da formação profissional, onde a graduação não tem privilegiado a prática educativa, e a importante questão que está surgindo no exercício desta prática, que é a equipe multiprofissional: quem faz o que.

Caracterização da Saúde pelo Profissional

Como se caracteriza a doença para os trabalhadores em geral ?

Os profissionais entrevistados encaram a saúde de forma diversa. Para um dos entrevistados que atua em Hospital Universitário,¹¹ saúde tem tudo a ver com o social, está tudo incluído no social... "Alguns referem não estar "acompanhando muito de perto" as discussões atuais sobre saúde, permanece para eles, o modelo aprendido na faculdade. Um deles assim

manifestou-se " aí vai entrar numa questão filosófica até ", sendo que no texto da 8a. Conferência Nacional de Saúde, saúde é encarada como um direito. (8)

Para outro entrevistado, que também atua em hospital universitário, "até um tempo atrás, era muito estático o conceito da OMS. Daí li sobre o Dejours, o novo conceito de saúde, que não é uma coisa estática, mas é uma coisa mais dinâmica e que abre mesmo o horizonte do que é saúde e que é ... assim um estímulo para continuar a trabalhar mesmo na área de educação". (9)

Outros enfermeiros também compartilham desta visão mais concreta para a saúde: "tenho a impressão que não tem nenhuma (perspectiva sobre a saúde) ainda. Enquanto o governo não instalar realmente uma política nacional de saúde que vá de encontro aos interesses da população. A população não tem atenção primária, não tem acesso à informação e a saúde é uma coisa muito distante do brasileiro, e quem tem paga caro por ela.".

Em alguns discursos, a saúde é parte das condições de vida e indissociável do momento histórico vivido pelo país, como o relato deste enfermeiro: "com o governo atual, a (perspectiva) de saúde está voltando ao quadro da ditadura (militar). Quando o governo civil surgiu (em 1985)

diluiu-se a luta do sanitarismo. A saúde está ruim agora".
(docente da área de Saúde Pública).

Para outro profissional, "saúde do povo ... é a liberdade que tem de pensamento e busca". (enfermeiro que já trabalhou com grupos educativos). Esta é uma postura pretensamente crítica, pois privilegia as condições de pensamento somente, em detrimento das condições de vida da clientela.

Mesmo que não tenha a elaboração a nível de discurso, o enfermeiro tem consciência da situação real "a saúde está muito doente. Não existe respeito pelo ser humano".

Para outros, o que toca é o concreto real : a saúde está " muito associada às condições de vida ... fatores que predispõem as pessoas à adoecer. O saneamento básico, o próprio analfabetismo. No Brasil, a questão dos hospitais, dos aparelhos. ... Você sabe que há um 4o. mundo, ... os países da África".

A própria participação política amplia a visão crítica de outros profissionais, como esta que atua em Centro de Saúde. "Acho que (a questão da saúde) está um pouco difícil com esse Ministro (entrevista realizada em junho de 90)."
" Houve uma reunião ... em Brasília ... e ele não sabia aprofundar a questão do sistema único (de saúde)... falava sobre

as campanhas e em ter cursos para gerentes ...” Para este mesmo profissional, a saúde é “resultante de variáveis sociais, determinada pelas condições políticas, econômicas. O próprio problema das condições de vida que a gente está hoje : stress no trabalho, das condições de trânsito, relações inter-pessoais, dificuldades nas relações de família. O lado afetivo é muito importante”.

As determinações políticas da classe hegemônica estão condicionando as mudanças na saúde, na representação de alguns enfermeiros. No relato de um enfermeiro que trabalha na Prefeitura, coloca que “acho que a saúde só vai conseguir romper com o modelo biológico mesmo, quando a gente conseguir romper com toda a questão da hegemonia médica ...”

Para outro enfermeiro que tem acompanhado os avanços e retrocessos na saúde, em sua atuação há quatro décadas, e que no momento atua como docente na universidade, “a saúde está doente ... a saúde e a doença caminham com a política ... chegamos num ponto em que ... a doença é uma grande necessidade”.

Concordamos com GRAMSCI (1984 : 53) que “ se a realidade é como nós a conhecemos, e se nosso conhecimento modifica-se continuamente, ... é difícil imaginar que a realidade se modifique objetivamente com a nossa modificação ”; não há uma mudança individual, mas uma mudança no coletivo, nas forças

sociais, para que ocorra uma alteração na realidade.

Os enfermeiros que têm um discurso mais avançado, que insere-se na prática, têm participação ou são simpatizantes de partidos políticos, sindicatos, enfim, atuam à nível de sociedade civil. O discurso não existe por si só, enquanto coisa efêmera, mas é parte da realidade cotidiana.

Os profissionais que atuam na área de saúde e admitem não estarem acompanhando as discussões atuais sobre saúde, atuam como intelectuais, à serviço das classes dominantes. Em que empresa um gerente administrativo ou um diretor de marketing, não acompanha as mudanças em sua área? Em que medida esta alienação interessa à Instituição? Ou é a própria direção da Instituição alienada que imprime sua visão de mundo para tornar alienados os que nela atuam?

Grupos : Para Que ? Sobre a Formação dos Grupos Educativos

O que leva à formação dos grupos de usuários dos serviços de saúde reunidos de acordo com determinada patologia ou fase da vida em que se encontram?

Para os profissionais, trata-se de um campo de atuação de sucesso relativamente recente e que está sendo retomado, onde o profissional deixa as funções administrativas /burocráticas e atua diretamente com a clientela. Além de ser um espaço diferenciado para relacionar-se com os usuários, onde embora ocorra a questão multiprofissional e os papéis dos profissionais não estejam bem delineados, é uma forma de estarem atuando diretamente com a clientela.

Para a clientela, trata-se de uma forma de usufruir diferenciadamente dos serviços que a instituição oferece. Também atua como um momento de rompimento no cotidiano, onde irá encontrar-se com outros clientes, de faixa etária semelhante, profissões diversas e onde poderá até mesmo manifestar-se livremente, se houver oportunidade.

Para a instituição, num discurso que nem sempre é real, é uma forma de proporcionar atendimento à população com um menor custo, pelo uso de profissionais com menor remuneração que o médico; além da possibilidade de maior utilização das unidades de saúde, e da ampliação da população que recebe cobertura de assistência à saúde. O discurso se mantém, muda apenas a forma de tentar adequá-lo à realidade vivenciada pela clientela.

O enfermeiro, como parte de sua desvinculação

com o real, muitas vezes preocupa-se em fazer o grupo, como sendo mais uma de suas atividades, na rotina de trabalho diário na instituição, sem que haja de fato uma preocupação em democratizar o acesso às informações sobre saúde, em questionar sua finalidade, o embasamento filosófico que norteará este tipo de trabalho e mesmo sua linha de atuação.

Os grupos educativos, via de regra, não têm sido uma expressão das necessidades da clientela, mas dos profissionais com ela envolvidos. Trata-se de uma forma de ampliar, de consolidar um campo de atuação para os profissionais em geral, e especificamente para o enfermeiro; sendo a educação em saúde encarada como um "instrumento de trabalho", segundo LEOPARDI et alii (1989:22).

Não há tempo para fazer o condicionamento ideológico da clientela, mas é passada a "concepção de mundo" (GRAMSCI), a forma como o profissional encara o mundo e relaciona-se com a sociedade. Há um condicionamento menos sutil que permanece nos grupos: a clientela deverá tomar a medicação, deverá saber dados básicos sobre sua patologia ou sobre os problemas que os levaram a procurar a instituição de saúde, deverá retornar com a frequência pré-determinada para as reuniões. São inúmeros os "deveres".

O próprio conhecimento da patologia que é passado já tem como pressuposto um modelo biológico da doença, que não é encarada criticamente, segundo correntes mais avançadas, como LAURELL (1983), que analisa a determinação social do processo saúde-doença.

A ideologia, a visão que o profissional tem do seu objeto de trabalho é a de que está em contato com um ser a-histórico -o cliente- e que isso ocorre como uma relação individualizada, onde raramente é pensado em termos coletivos, onde a clientela é destituída de sua classe social, ou quando isto é referido, é no sentido subalterno, de quem tem algo a aprender, sempre!

É também uma forma de cumprir um dever, em alguns casos, sendo que em outros, o profissional até mesmo se julga atualizado, moderno, mas segue os moldes semelhantes aos outros. É uma coisa tão entranhada, que o profissional que atua junto à clientela não percebe isso.

Há uma consciência ingênua por parte do profissional - que no exercício de sua prática, reforça os valores hegemônicos.

Não há a preocupação em tentar dar condições, de criar a emergência de uma consciência crítica, de socialização do saber, de buscar uma forma mais democrática de saúde, que

passa pelas condições de sobrevivência, com mais autonomia para os trabalhadores em geral, pela própria forma como os profissionais vêem a saúde, ainda que na visão da OMS "saúde é o completo Bem-estar físico, mental e não apenas a ausência de doença" .

A relação profissional / clientela se dá de forma normativa dentro da instituição, como já foi ressaltado anteriormente, e mesmo nos grupos que trabalham com temas emergentes durante a reunião, seguem um esquema geral pré-determinado. Para o usuário, resta a opção de uma pretensa liberdade vigiada.

Assim, o saber dos trabalhadores, -excetuando-se os profissionais de saúde - é marginalizado e torna-se um saber menor, que é considerado pelos profissionais como desqualificado.

Esta relação entre profissionais e clientela, normalmente não é uma relação entre iguais, mas uma relação de dominação, ainda que de forma subjacente, do enfermeiro, detentor do saber, sobre os usuários, cujo saber não é considerado; trabalhadores que no momento se encontram em condições de submissão, necessitando dos serviços de saúde.

Porque deve o trabalhador, enquanto usuário

dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, despir-se de sua condição de cidadão livre, para submeter-se às regras, sem opção, vigentes no setor de saúde ? Ou estará implícito nessa submissão a condição real de dominação com a qual colaboram as instituições de saúde ?

Seguindo esta linha de pensamento, LEOPARDI et alii (Ibid : 5), designa que "... na enfermagem, o trabalho realizado sobre um dos seus objetos de trabalho, ou seja, o próprio corpo dos indivíduos, é consumido pelo próprio objeto, imediatamente ". Portanto, para que o trabalhador mantenha-se em ação, é preciso que de imediato seu corpo, visto estritamente como biológico, esteja com suas engrenagens funcionando perfeita e adequadamente, para servir no processo de trabalho, como um indivíduo assalariado.

Os serviços de saúde ocupacional das empresas têm via de regra, privilegiado o atendimento individualizado dos trabalhadores, com as patologias emergentes, sem que haja uma preocupação real com sua saúde, entendida em seu sentido mais amplo, englobando também as condições coletivas de vida e trabalho. Esta situação tende a reverter-se a partir das lutas sociais empreendidas pelos trabalhadores e reformulação da filosofia de atuação em relação à saúde do trabalhador, sendo mais valorizada a questão educativa conscientizadora dessas condições coletivas do que a meramente curativa.

E ainda assim este trabalhador chega à instituição, seja através do encaminhamento das indústrias, seja através de procura espontânea, em busca de atendimento médico e acaba participando de grupos educativos, onde são acompanhados por outros profissionais que não o médico, principalmente como uma forma de barateamento dos custos da assistência que lhe seja prestada, e recebendo à seguir o atendimento médico.⁽¹⁰⁾

Os grupos acompanhados neste estudo, formaram-se de diferentes modos. Os componentes do grupo de Psicossomáticos, chegaram até ele através de uma triagem, que é realizada por uma equipe multiprofissional. Segundo o enfermeiro que participa do grupo e da triagem, são colocadas num mesmo grupo, pessoas de diferentes potencialidades, de forma a integrarem-se e possibilitar que isso leve a um crescimento significativo. É realizada uma série de 10 reuniões, e o próprio grupo define no final destas reuniões, se estão prontos para receberem alta, tanto a nível individual quanto coletivo ; se irão participar de outro grupo, terão acompanhamento individual ou se estão liberados. É importante ressaltar que paralelamente a este acompanhamento em grupo, é feito um acompanhamento individual dos participantes.

Conceito de Grupo de Educação em Saúde

A concepção de "grupo" privilegiada neste estudo é a de pessoas que pertencem a determinada classe social, são trabalhadores dos diversos setores da sociedade, e estão temporariamente na posição de submissão, de subordinação à uma prática de saúde que nem sempre é democrática.

Para a assistência de saúde, estes trabalhadores necessitam da atuação de outros profissionais. E esta assistência que recebem, está fortemente vinculada ao modo de inserção do trabalhador no mercado de trabalho como assalariados e não como detentores dos meios de produção. Os trabalhadores em geral não têm formação específica da área de saúde.

A clientela que compõe os grupos poderia ser organizada como co-participante dos resultados de determinação social sobre sua saúde. Não é uma soma aleatória de indivíduos, são sujeitos, agentes de uma prática, que se conscientizam à medida em que rompem as barreiras da alienação e que têm elementos de decisão que permitem uma interação à caminho da transformação crítica da sociedade.

57

A ciência não deve servir à mera reprodução das condições de vida existentes, mas, como um potencial de transformação da realidade concreta, através da socialização do saber, do acesso a melhores condições de vida, (como na posse da terra, da saúde, educação, do trabalho digno e remunerado adequadamente), rumo à uma sociedade mais justa.

A importância dada à saúde existe somente no pensamento dos intelectuais da área, ou é dirigida para a clientela como uma forma de subsistência, enquanto força produtiva no modo de produção capitalista ?

Interessa-nos, ainda, aprofundar o conhecimento existente sobre o interesse dos usuários em relação à sua própria saúde. Em que medida são semelhantes aos expressos pelos profissionais ? E, ainda, qual é a consciência que os usuários têm de suas condições de vida e, por extensão, de saúde? Estarão eles imersos na realidade concreta (que não possibilita alterações fundamentais, que nada oferece de novo, de alternativo, que não dá condições de mudança), que não conseguem superar as barreiras da alienação ; ou estão mobilizados reivindicando e buscando novas condições de vida que possibilitem uma mudança social, novos regimes políticos, onde a distribuição de renda seja mais equitativa ?

A questão da qualidade de vida dos

trabalhadores (considerados em sua concepção ampla - englobando tanto os profissionais de saúde, quanto os usuários) é determinante enquanto direito do cidadão? Está presente nas preocupações desses trabalhadores, ou estarão tão somente lutando por suas condições de sobrevivência, sem condições de avançar em suas lutas?

É através da análise do trabalho como prática coletiva abrangente, que se contrapõe ao indivíduo isolado, abstrato que amplia-se a possibilidade de vivência dos trabalhadores, em busca da superação das condições que limitam as mudanças sociais.

Encarando-se a saúde como um direito do trabalhador enquanto cidadão, como se dá a questão educativa em relação aos usuários, no bojo do sistema de saúde? A prática educativa no setor saúde, tem sido mera repassadora de conhecimentos em geral, não buscando neste momento privilegiado de encontro de trabalhadores de diferentes setores, uma troca enriquecedora?

O Acompanhamento de Um Grupo

Tentaremos uma breve caracterização do Grupo de Hipertensão, pelas suas características peculiares.

A clientela que frequentou o grupo de Hipertensão no bairro da Reforma Agrária em Valinhos, era oriunda em sua totalidade deste bairro.

Assim, tornou-se mais fácil a caracterização da área que tem como meio de subsistência a agricultura, baseada na cultura de frutas, como figo, goiaba, uva, e de feijão e quiabo.

Sua população é de aproximadamente três mil habitantes, possuindo poço artesiano para abastecimento de água, não há rede de esgoto, sendo utilizada a fossa séptica.

Para os participantes deste grupo, em sua maioria agricultores, com faixa etária entre 49 e 71 anos, o trabalho, apesar da idade, ainda é fundamental para sua subsistência e afeta suas condições de vida. Para eles, a sua patologia, manifestada através de hipertensão arterial,

lombalgias, é inerente às suas condições de trabalho, sua sobrevivência, e isto está presente no discurso deles.

Há um momento especial na vida da clientela, que é o da realização do grupo, pela própria oportunidade de interrupção da labuta diária do trabalho, e o momento de pausa, de reflexão sobre o cotidiano. O acesso ao Posto de Saúde é feito em pequenos grupos, que caminham a pé pela estrada de terra, já que os ônibus que passam pelo local têm poucos horários de circulação. A paisagem da estrada, com árvores e os morros com plantações é muito bonita. É uma pausa na cotidianidade de seu trabalho. Neste bairro, a clientela participante do grupo chega sempre antes do horário de reunião, sentam-se nos bancos do Posto de Saúde e conversam enquanto aguardam o início da reunião. As condições sobre o discurso desta clientela estão dispersas ao longo do texto.

N o t a s

1. Em relação à Educação e Saúde, ver os trabalhos de CARDOSO MELLO (1984), RAMOS (1986), RAMOS et alii (1989), VALLA e CARDOSO MELLO (1986), VALLA e STOLTZ (1989), que propõem uma nova forma de trabalho com a clientela, onde é repensada a educação e saúde, a participação popular, onde a clientela tem voz ativa e o técnico abandona a instituição para "ver" a realidade das condições de vida "in loco", onde é discutida a questão da socialização do saber. Essa linha de interpretação é uma resposta à caracterização de educação e saúde que se dá na prática, apresentada por REZENDE e NASCIMENTO (1988 : 11) "a educação para a saúde sempre foi vista como um conjunto de medidas que devem induzir as pessoas a atitudes tidas como desejáveis para a promoção da saúde e prevenção da doença. ... Nessa educação tradicional, o pressuposto básico é que o profissional de saúde detém o saber, enquanto a população é ignorante desses princípios. ... A falência desse tipo de educação evidencia-se quando as normas e recomendações do saber técnico não conseguem promover mudanças nas atitudes da população".

2. À esse respeito, é interessante retomar um dos primeiros estudos que têm a enfermagem enquanto prática social, vinculada à outras práticas existentes na sociedade, de BARROS (1981 : 156). "A consciência de que, as doenças são produzidas socialmente, a assistência à saúde é determinada pelo acesso do indivíduo, e, a prática de enfermagem não é simplesmente oferecida à indivíduos com corpos com os mesmos valores sociais, levará a uma postura mais crítica de todos os profissionais de enfermagem, na tentativa de não gerar ações de enfermagem ineficazes e incapazes de provocar mudanças".

3. À esse respeito, é interessante a análise feita por GARCIA (1989 : 201), sobre "A articulação da medicina e da educação na estrutura social" e que percorre desde o final do século XIX até 1976. Destacamos dentre outros pontos no período correspondente à 1930-1950, "a ascensão médica, em seu caminho de suplantar o saneamento. ...". No discurso dos intelectuais, substituiu-se a aceitação francesa de controle, entendido como comprovação, inspeção ... pela anglicana, de : supremacia, domínio, manejo. O termo controle, neste último sentido, substitui o de erradicação no discurso da classe dirigente".

4. Esta prática é ideologizada, no sentido expresso por SILVA (1986 : 27) "as classes dominadas ao assimilarem os valores, a visão de mundo da classe dominante, têm uma percepção distorcida de sua própria situação geral, o que constitui um importante mecanismo de reforço da dominação a que se submetem".

5. À esse respeito, ver MELO (1986), sobre a " Divisão Social do Trabalho e Enfermagem".

6. Assim LAURELL (1983) apud RAMOS et alii, (1989 : 159), In Costa, N. do R. (org.) vol. II, "Aponta para o fato de que o esmagamento não é apenas de quem está na posição de aprender, mas também daquele que "ensina", tendo que se submeter à ordem, ao discurso do saber/ poder".

7. RAMOS et alii, (1989:158) comentam a respeito da alienação do profissional "a não percepção de sua inserção social, que se manifesta pela ausência de discussão sobre suas possibilidades de ação política, fortalece uma tendência a jogar os "problemas" para as reuniões com a população. A "participação" passa a ser, portanto, a divulgação e coletivização de contradições pouco elaboradas pelo grupo de trabalho, ou seja, dos agentes diretamente ligados à produção do bem saúde".

8. "Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde". RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986) apud MINAYO, ... (org.) (1986:118-19).

9. DEJOURS, Christophe A loucura do trabalho : estudo de

psicopatologia do trabalho. São Paulo, Oboré Ed., 1987. Para este autor, "do choque entre a história pessoal e a organização moderna do trabalho se desenvolve, portanto, um sofrimento que ocupa uma posição fundamental na existência; destacando este perigo, o autor nos faz refletir sobre a transformação técnica e política necessária à libertação dos trabalhadores".

CAPÍTULO III: DA CLIENTELA

No desvelamento das relações ideológicas pré-estabelecidas nas relações profissional/clientela dos grupos educativos, a submissão surge como tema fundamental.

Delineando-se estas relações de submissão, é possível reconhecer as possibilidades de relações alternativas, com base na consciência crítica (que pode vir a desenvolver-se) dos usuários..

Se pensarmos em termos da produção como processo de trabalho (CUPERTINO, 1978 :33) do enfermeiro teríamos o profissional, enquanto " força de trabalho de um lado, e os instrumentos e o objeto do trabalho (meios de produção), de outro". A educação em saúde pode ser assim entendida como um
(1)
"processo coletivo de trabalho", LEOPARDI et alii (1989 :34) onde haveria uma relação entre iguais: profissionais e clientela, no seu desenvolvimento. O objeto de trabalho do enfermeiro é o cliente, que tem uma série de valores sociais, assim como o profissional também os têm. Porém, a clientela está em condições

de desigualdade para com o profissional, pois traz consigo um conhecimento ingênuo a respeito das práticas de saúde, que se contrapõem ao discurso científico do saber profissional.

Assim, a população e os técnicos, como parte da coletividade, são parceiros de um mesmo sonho : a democracia, a repartição mais justa da renda ! Consideramos a educação como uma prática que pode criar bases para uma consciência crítica, que possibilite a reflexão e a possibilidade de mudanças : na ordem estabelecida, no "status quo", que quebre as amarras deste final de século.

É o técnico quem disporá de meios que possibilitem a visão crítica dos usuários ? E onde buscará os subsídios para a sua própria visão crítica? Como vimos no capítulo anterior, será no coletivo, a vivência da realidade concreta, buscando aprofundar os conhecimentos, sobre as condições de vida e de trabalho.

A educação e saúde por sua vez será uma forma concreta de apontar várias possibilidades aos usuários abandonando a premissa do caminho único, dos dogmas do saber na área de saúde.

Uma forma de chegar a esta autonomia nas

relações em saúde, é através da possibilidade de uma educação libertadora, que dê um papel de agente do processo ao cliente, com possibilidade decisória, pelo próprio conhecimento que eles têm da realidade.

O que tolhe a visão crítica da população (entendida em seu sentido amplo, onde está a clientela, e onde também está o enfermeiro enquanto trabalhador de saúde), é a concepção ~~des~~ mundo da classe dominante, que busca em última instância, a manutenção da hegemonia.

Cabe aqui analisarmos em que medida as práticas ~~des~~ educação em saúde no setor público correspondem a uma visão ~~co~~letiva socializadora do saber e democratizante das relações sociais entre os profissionais e os trabalhadores usuários do sistema.

Qual é a visão de mundo dos usuários, sua concepção ~~des~~ vida, de saúde, como vê o Estado, a correlação de forças políticas ? A nossa visão de trabalho busca privilegiar o real, na forma de uma interação entre a realidade concreta da clientela e ~~a~~ do profissional, num processo de troca entre iguais e não de submissão, onde o sujeito atue sobre o objeto e que o contrário também seja verdadeiro, tanto para o profissional como para o usuário.

O saber está concentrado atualmente nas mãos
(2)
dos profissionais, que determinam o tratamento, a conduta, e
muitas vezes, até mesmo onde realizar o tratamento. Ao
"paciente", resta tão somente o espaço para a submissão, em
busca de um direito que é da coletividade, e não de determinadas
classes sociais, privilegiadas economicamente.

Em que medida o enfermeiro, enquanto
intelectual que atua junto à clientela não está determinando
unilateralmente a ação dos usuários, buscando neles interiorizar
uma prática, que é estabelecida pela enfermagem, enquanto
categoria profissional. Além disso, sendo que esta prática não
existe solta no espaço, mas está inserida no contexto histórico
da sociedade brasileira, em que medida ela faz parte das
condições estruturais de subordinação das classes trabalhadoras
na área específica de saúde?

Interessa-nos conhecer como se deu o processo
de amadurecimento da visão crítica, da consciência social em
relação aos usuários dos serviços de saúde? Para muitos
usuários, o momento de participação nos grupos, era o primeiro
contato que estavam tendo com discussões sobre a saúde ou sobre
problemas específicos de saúde. Um contato pequeno foi referido
pela clientela jovem, feito anteriormente através de

palestras/aulas sobre saúde na escola. Para alguns usuários, o processo de reflexão iniciou-se à partir de suas condições de trabalho, onde foram associando a percepção das alterações que aconteciam em seus corpos. A realidade que inicialmente pensavam ser individual, durante a realização do grupo perceberam ser coletiva, isto é, está presente na fala das outras pessoas que estão no grupo. A concretude de suas vidas assim encontra eco em outras vidas semelhantes às suas, onde o que era antes interiorizado por eles como sendo uma queixa individual, emerge agora como um problema coletivo.

A participação da clientela nos descaminhos a que seu corpo é submetido, é um processo que surge com a reabertura política do país, onde a coletividade procura assumir um papel mais amplo, de participação na sociedade, reivindicando seus direitos enquanto parte da sociedade civil. Em um país onde a concentração de renda atingiu em 1990" seu índice mais alto, onde apenas 58 mil pessoas (1% da população economicamente ativa com trabalho remunerado), concentram 15,9% da renda nacional do trabalho, enquanto 6,58 milhões de trabalhadores (os 10% mais pobres) ficaram com 0,7%". " Em 81 os 1% mais ricos concentravam 12,1% e os 10% mais pobres detinham 0,9% do rendimento dos salários ".
(3)

É nesse quadro, onde a renda está concentrada

entre os mais ricos, é que a participação popular ressurge, como forma de pressão, como parte da sociedade civil, organizados através dos movimentos sociais, dos sindicatos, da Igreja (CEBs) e dos partidos políticos. Segundo PORTELLI (1983 : 27) " um dos aspectos essenciais da sociedade civil consiste em sua articulação interna, isto é, na organização através da qual a classe dirigente difunde sua ideologia ".

O que estamos então analisando não é a saúde, em sua potencialidade própria, mas o uso que é feito dela por parte dos que detêm o capital, utilizando-a como forma de manter a mais valia, investindo plenamente nas funções curativas nos serviços de saúde dentro das fábricas, visando a manutenção da saúde dos trabalhadores em plena fase produtiva.

A saúde, por outro lado, deveria ser encarada como um direito do cidadão, e não como um benefício oferecido aleatoriamente pelo Estado capitalista.

A alienação de parte da população em relação à saúde (se é que ela realmente existe) reflete um processo mais amplo, onde ela não está inserida de fato na sociedade de forma ativa, mas apenas como classes, objeto de uma ação. Isto é, os trabalhadores são manipulados de acordo com a conveniência da classe dominante e como uma das formas de manutenção das desigualdades. O que buscamos, em última instância, é a autonomia

da clientela, os caminhos que conduzem a ela.

Da Submissão

"Eu não entendo nada!" Desta forma um cliente do grupo de Chagas, mecânico de manutenção, nascido no interior de Minas e que já doou sangue mais ou menos dez vezes, respondeu ao enfermeiro do grupo que perguntou, durante a reunião, se as pessoas ali presentes tinham idéia do que é a Doença de Chagas. Podemos subentender em sua fala frente ao restante do grupo e dos profissionais, um posicionamento sobre a sua pretensa ausência de conhecimento, o seu não saber.

Que autoridade é conferida ao profissional, que faz com que a clientela negue o seu próprio saber? Durante a realização do grupo de Hipertensos, uma agricultora, quando indagada sobre o conhecimento anterior sobre a doença, respondeu negativamente. Porém, no decorrer da reunião do grupo, ouvia-se claramente na gravação, sua voz intercalando-se à dos profissionais, dizendo: "É, eu tenho experiênciadisso...".

Há um condicionamento já histórico, de que

para as classes subalternas basta usufruir do que já existe na sociedade, ~~em~~ a perspectiva de mudanças. E isto é válido não somente para a clientela, como também para o profissional.

Resta, ainda, uma submissão e uma sujeição às normas ditadas pelos profissionais e pela instituição, restando aos usuários dos serviços de saúde, públicos ou privados, a condição de serem objetos desta ação.

A submissão assume proporções assustadoramente reais, quando passa pela normatização a que os usuários estão sujeitos: têm que chegar antes do horário marcado (se chegarem muito tarde, ou o ônibus atrasar, nem sempre poderão participar da reunião), deverão "pacientemente" aguardar que o(s) profissio~~n~~al(is) iniciem a reunião, que terá um tempo de duração pré-determinado, para ouvirem-no(s) falar(em) sobre temas que já foram escolhidos anteriormente, via-de-regra .

O ambiente físico das salas de espera não é um local dos mais agradáveis: o nível de ruído é elevado, devido ao espaço físico pequeno e/ ou inadequado, com crianças gritando e adultos conversando simultaneamente, ao que contrapõe-se a funcionária da instituição, em elevado tom de voz, para a clientela que está aguardando atendimento: "Deixem só as crianças

gritarem ou chorarem!".

Para aguardar a impaciente espera, bancos de madeira incômodos, cadeiras de marfinite, ou qualquer outro tipo de material rígido, não ergonômicos. Os sanitários nem sempre estão devidamente limpos, devido ao grande número de pessoas que os utilizam, ou ainda, pela falta de funcionários e/ou material de limpeza. As paredes são quase sempre nuas, trazendo às vezes um quadro de avisos com cartazes de cursos, ou do Ministério da Saúde sobre campanhas.

A parte mais interessante da espera, são os companheiros que também a compartilham, querendo saber detalhadamente a vida de quem está sentado ao lado, aguardando ser chamado, o que veio fazer ali, suas impressões sobre o atendimento em consultas anteriores, sugestões sobre os piores e melhores médicos, os funcionários que são "bonzinhos" e aqueles que são "durezes", além, é claro, de alguns conselhos sobre como tratar da sua patologia. Além da oportunidade de tomar contato com outros casos semelhantes e que não tiveram desfecho favorável. O que contrasta fortemente com o ambiente encontrado nas instituições de caráter privado, onde recebe um tratamento diferenciado, em ambiente agradável.

Há uma linguagem não verbalizada, que manifesta-se durante a espera. É a submissão impaciente,

expressa através de gestos e expressões faciais, denotadas também nas idas frequentes ao balcão de atendimento .

O não acesso do usuário em relação à informação sobre sua saúde, violenta os seus direitos de cidadão e coloca em risco a vida de outras pessoas. Um cliente do grupo de Chagas, almoxarife de uma firma de engenharia eletrônica, nascido no interior de Minas, que tem três carteirinhas de banco de sangue e já doou sangue mais de trinta vezes, espanta-se quando o enfermeiro conversa com o grupo e conta sobre as formas de transmissão da Doença de Chagas e que se houver confirmação da sorologia positiva para Chagas, não poderão mais doar sangue : " Nunca falaram nada. Se tivessem falado, pararia de doar sangue ".

Há um condicionamento, já com raízes históricas, nos meios de comunicação, nas instituições de ensino, de que o médico, enquanto profissional de saúde, é que detem todo o conhecimento à respeito do corpo, mais do que os próprios usuários.

Neste mesmo grupo, um cliente relata sua experiência em relação ao irmão " que tinha Chagas e a família dele achou que não era importante contar para ele. ... Quando veio visitar em Campinas ... nós falemos adoidado para ele : é Chagas mesmo ! " A ingerência na saúde do trabalhador não é somente feita pelo profissional, ou pela instituição, mas está presente

também na própria família, que decide se o cliente deverá ou não saber maiores detalhes sobre sua patologia, ou mesmo qual o diagnóstico.

Para alguns clientes, há uma dissociação entre a doença e as suas consequências, como relata uma dona de casa, cuja mãe faleceu com doença de Chagas : " quando fiz exame, não assustei pela doença, mas pelo sofrimento que convivi com ela".

Surgiu, também, no decorrer deste mesmo grupo, a questão da determinação médica para fatos da vida dos clientes. Como no caso de um deles, que era aposentado e relatou que " era instrutor de auto-escola, o médico pediu para parar", ou outra cliente - rotulada como sendo " paciente psiquiátrica " - que contou para o grupo que " o médico de gastro disse que só dava para reclamar de três dores " (o restante do grupo ri sobre suas colocações sobre a consulta médica).

Dentro da submissão a que os clientes são submetidos nas instituições de saúde, cabe destacar o papel destas, analisado por RAMOS et alii (1989 : 150), de que " os serviços de saúde são partes integrantes das relações sociais de dominação e confronto de projetos ". Não há, portanto, uma instituição que se mantenha neutra em sua atuação. Ainda segundo

estes autores, " a instituição não é, portanto, uma mera edificação, um espaço apenas físico, ela é uma unidade de produção de serviços, um equipamento de consumo coletivo e uma instância de gestão. Portanto, é também uma instância de reprodução social, um "locus" de trabalho e um espaço de expressão da cidadania, uma instância político-ideológica ".

Em nosso entendimento, nestas relações que ocorrem dentro das instituições, cabe à clientela, o papel de classe subalterna, e aos profissionais também parte da classe subalterna, o papel de representantes diretos da classe dominante, o que encobre o seu verdadeiro papel de subordinação.

Esta submissão aparente às vezes explode no grupo, saindo de seu estado de latência. Assim, um cliente do grupo de Chagas, no decorrer da reunião, após observar por longo tempo as gravuras afixadas na parede, e ouvir as colocações dos profissionais e do grupo sobre as formas de transmissão da doença de Chagas, mostrava-se revoltado e tentando justificar-se, porque ele era morador de zona endêmica, mas que " a aventura de filhinhos de papai é acampar na beira do rio. Aí tira a culpa das pessoas que vem..." (deste lugar para outras regiões do país). Tentando mostrar que não somente eles, trabalhadores oriundos das classes subalternas frequentavam a zona endêmica, mas também pessoas com elevado poder aquisitivo; que não era por ser pobre que deveria sentir-se culpado pela disseminação da doença de Chagas. A partir desta colocação, o enfermeiro que participava

do grupo tentou envolver os outros participantes na discussão sobre as condições de vida e doença de Chagas.

O momento de realização do grupo, para alguns clientes, é de apreensão, mesmo com um coordenador do grupo de postura mais liberal. No grupo de Psicossomáticos, uma das participantes, chegou após o início da reunião, o restante do grupo já havia formado um círculo, e o lugar onde ela costumava sentar-se já havia sido ocupado. Foi necessário que outra cliente trocasse de lugar com ela, pois estava sentindo-se deslocada. Em determinados momentos, buscam normas para apegarem-se, para que sua segurança não seja afetada.

Em nosso entendimento, outra forma de submissão, é o não saber sobre o que acontece no próprio corpo, como é relatado por uma das participantes do grupo de laqueadura, que tem quatro filhos. Ela conta que ouviu, no hospital onde estava internada após o parto, que o médico disse que estava com um hematoma. Pergunta ao enfermeiro que está coordenando o grupo, que explica às participantes, ao que ela pergunta: "Quer dizer que agora eu não tenho mais?"

Depois da dieta falei com o médico, mas isso não saiu da minha cabeça". Então, a utilização de terminologia científica junto à clientela sem a preocupação de esclarecer do que se trata, gera medo e insegurança, além do desconhecimento do que ocorre em seus

próprios corpos.

Quando o enfermeiro fala sobre o exercício, que ajuda a diminuir a pressão arterial, uma das agricultoras manifestou-se da seguinte forma: "eu não preciso nem tomar remédio, por- que eu fico fazendo (exercício) o dia inteiro, num paro...fico carpindo...a gente almoça correndo, num senta direito". Assim, há uma estrutura lógica do saber sobre a saúde para os profissionais de saúde que é diferente da que a clientela possui.

Quem é o dono do corpo? O profissional da área de saúde e, em especial, o médico usa o corpo como seu objeto, com toda a sua linguagem científica, onde cada pessoa é dividida em centenas de partes e assim denominadas: a apendicite, a tumoração no local x, o do leito 356, em lugar do próprio indivíduo. Sobre essa possessividade, uma cliente do grupo de Psicossomáticos referiu-se da seguinte forma: "o médico tem a teoria e o nosso corpo é a prática deles. Nós somos donos do nosso corpo" ..

A clientela dos grupos acompanhados têm a percepção de- que a saúde extrapola o corpo e que é inerente às condições de vida e de trabalho, e que há similitude nas classes sociais de onde advém, isto está presente em suas falas, não de forma totalmente elaborada, mas de modo concreto.

Há uma série de noções pré-concebidas por parte do usuário sobre a saúde, e dentre elas, está o papel que é conferido aos profissionais de saúde. Assim, um dos participantes do grupo de Chagas, quando indagado sobre o que espera das reuniões em grupo, disse que " Não sabia (que era assim). Achava que ia encontrar o médico. Não sabia que tinha bate-papo normal; (para) desmontar a cisma da pessoa". Ainda para este cliente, relatando sobre outras experiências que teve em saúde, disse que "na fábrica sempre tem essa parte de instrução, de limpeza. Acho muito importante. Dou valor para a saúde. Se eu fosse mais abreviado (com instrução) gostaria de ajudar a tratar outras pessoas". (56 anos, serviços gerais)

Na representação dos usuários, o conhecimento, o saber, dito científico, é do profissional, a clientela nada sabe. Sobre a concordância da clientela com o que é falado nos grupos, um cliente do grupo de Chagas relatou que "a gente não tem muito estudo, tem que seguir quem tem" (o profissional).

Ainda sobre a participação nos grupos, cabe destacar, através da análise da fala da clientela, a sua pequena experiência, com relação a outras formas de relacionamento do profissional de saúde com a clientela, que não seja a prática

através da consulta médica. Segundo o relato de um cliente, "o que ouvi foi muito importante, gostei. Nunca tinha assistido uma reunião para trocar idéias". (48 anos, almoxarife, grupo de Chagas).

As relações hegemônicas entre profissionais e clientes são tão intensas, que nenhum dos clientes entrevistados ousou dizer que discordava do que era falado nas reuniões em grupo, ou que deveria ocorrer uma reformulação nos mesmos.

A respeito do que é esperado das reuniões em grupo, uma cliente do grupo de Ginecologia-Adolescentes, com 18 anos, comerciante, relatou que "as pessoas na minha idade não sabem muito das coisas, chegam aqui, têm orientação. Às vezes, o médico já quer começar a examinar sem falar".

Configura-se assim, no discurso da clientela, um não conhecimento, seja pela idade jovem, seja pela condição de classe subalterna que não lhe permite ter acesso a um conhecimento teórico sobre saúde.

A Não Submissão

Ao mesmo tempo em que a clientela é submetida a uma série de normas que levam o acesso ao serviço de saúde, concomitantemente, surge em um dos grupos acompanhados a contra-norma. É uma busca que não parte somente da clientela, mesmo intuitivamente, sem que tenha plena consciência de estar buscando isso, mas passa pelo profissional, que busca formas de fazer emergir a consciência crítica.

Relatamos a seguir o acompanhamento realizado no grupo Psicossomáticos. O grupo estava caminhando, na série de reuniões realizadas, em busca do auto-conhecimento, como um modo de libertar-se de "coisas" (que ainda não sabiam distinguir), mas julgavam tornar-los presos dentro de uma estrutura. Foi discutida a questão das normas sociais, que determinam padrões de comportamento, quando foi relatado por uma das participantes sua experiência enquanto mãe solteira. Ela dizia que "os outros falavam para eu ter juízo, que já havia errado uma vez. Eu ficava pensando : havia errado em que ? Achava que havia agido de forma correta".

A partir do cotidiano daquelas mulheres, eram discutidas questões como relações autoritárias e autoridade, a

dominação na relação conjugal. Segundo uma destas mulheres, " a gente deve ter a coragem de dizer não. Por que a gente é obrigado a dizer sim, quando quer dizer não ? "

O Embate nos Grupos : Profissionais X Clientela

A concepção de mundo que é 'passada' à clientela é a própria forma como o profissional "vê" a realidade. Isso é visto na forma como o profissional julga mais adequada para tratar sua saúde. Por exemplo, os adeptos da alopatia e seus inúmeros medicamentos, ou os que se preocupam com a alimentação. O limite da discussão são os conhecimentos que ele possui à respeito do assunto (baseado em sua crença filosófica, religiosa ou política, enfim, na forma como vê o mundo).

Esse entendimento da realidade dos profissionais é passado para a clientela em suas colocações acerca da saúde, do trabalho, da alimentação, da finalidade da própria vida.

Podemos notar uma percepção aguçada por parte da clientela, mas que mantém-se presa aos profissionais que

coordenam o grupo educativo. É o caso de uma senhora do grupo de Hipertensão da zona rural, onde numa reunião havia uma participante extra, que foi apresentada como sendo uma nova cliente, do próprio bairro (e que era de fato um profissional fazendo a dramatização sobre os conhecimentos adquiridos pelo grupo). Esta senhora manifestou-se da seguinte forma: "Eu logo notei que ela tinha a pele muito branca para trabalhar no sol que nem nós". (agricultora)

A realidade são os conhecimentos científicos atualizados e repassados para os usuários. Se pensarmos que não há por parte do profissional o domínio de uma área de conhecimento extensa, para esse domínio acaba-se entrando na questão da interdisciplinariedade, áreas que são comuns de uma forma ou de outra a vários profissionais de diferentes formações teóricas ou cujos fundamentos científicos têm implicações em

(5)

várias áreas profissionais.

Os usuários quando participam individualmente de grupos na instituição, estão interessados nos serviços por ela oferecidos, e isso implica em que sua preocupação inicial não é necessariamente a busca de informações sobre sua patologia, sobre saúde, mas um outro tipo de benefício oferecido, como consultas médicas agendadas com maior rapidez, fornecimento constante de medicamentos, encaminhamento para outros

especialistas e o fato de que ele, como cliente do grupo, distingue-se de alguma forma, da massa de usuários.

Há experiências distintas nas relações entre profissionais e usuários, algumas mais abertas, dispostas a considerar esta relação como um momento de troca. Como o caso de um enfermeiro, que atua na área de ginecologia e obstetrícia com grupos : "fico tentada a juntar o que sabem (os usuários), cada um sabe um pouco".

Para este profissional, podemos fazer uma ligação com a significação da realidade, expressa por KOSIK, (1986 : 36) " como concreticidade, ... como um todo que possui sua própria estrutura ... que se vai criando ... " Este mesmo profissional conta que " às vezes surgem outras coisas que também dá para ser discutido (além das questões relativas à mulher) ... Tirando a revisão de parto, a gente não se restringe só as coisas de saúde, porque a saúde também está ligada às questões políticas e está aí fazendo o pessoal reivindicar outras coisas Inclusive questões políticas, eu discuto com elas". Isto mostra que alguns grupos já ultrapassaram a necessidade de informação, mas estão em um processo mais crítico, onde a saúde é um dos direitos de cidadania que estão começando a aprender a exercer e reivindicar. A forma como este mesmo profissional se coloca em relação ao grupo, demonstra a criticidade com que encara seu trabalho, e que o mesmo transcende o espaço meramente

institucional para fazer parte de seu cotidiano. Ao falar sobre a sua prática educativa, manifestou-se da seguinte forma " Ai ! Eu gostaria que alguém me falasse como é que é, se eu falo muito difícil para o paciente. Eu tento falar o mais simples possível... "

A nosso ver não há como dividir entre enfermeiros bons e conscientes e enfermeiros ultrapassados, que seguem a visão tradicional. Esta seria uma forma maniqueísta de encarar o mundo. Não é um "raciocínio mecanicista, ... (em que) a enfermagem reproduz os interesses dominantes " BARROS (1985 : 10). Ela passa necessariamente por uma análise das suas condições reais de existência.

Há, porém, uma representação comum no discurso dos enfermeiros, de que a clientela é carente e precisa adquirir conhecimentos.

Assim, um dos profissionais entrevistados, dos mais críticos e engajados, coloca da seguinte forma como vê a clientela " os que procuram o hospital são muito carentes de orientação e formação " (enfermeiro sanitário em hospital público).

O embate entre profissionais e clientela acentua-se à medida em que os profissionais necessitam que os

clientes participem dos grupos (são o objeto de seu trabalho) e para isso os usuários são agrupados sem saber do que é o grupo, e assim a sua participação acaba sendo compulsória. Deste modo, quando os usuários são indagados sobre como chegaram ao grupo, raramente o fizeram espontaneamente, mas compulsoriamente, como obrigatoriamente: " vim chamado " (76 a. agricultor, Grupo de Hipertensão), ou " fui convidado", tinha que fazer controle " (50 a., agricultora, Grupo de Hipertensão), ou ainda, "doei sangue e o Banco de Sangue encaminhou". (31 a. ajudante de produção, Grupo Doença de Chagas). Como parte da assistência que então recebem na instituição, os usuários são convidados a participarem dos grupos que os profissionais realizam.

A percepção do profissional em relação ao cliente no grupo é a de que " fica difícil entender se é importante para a vida, ou é para aliviar uma angústia. Alguns perguntam mesmo no sentido de estar querendo se informar " (enfermeiro sanitaria).

Por outro lado, esta problemática é suavizada por parte da clientela, como uma agricultora, que participou das reuniões do Grupo de Hipertensão, e que manifestou-se da seguinte forma " gosto de vir aqui; é o único lugar que descansa" ; pela falta de opção em sua vida.

A democratização do acesso ao conhecimento em

saúde não é percebida pelo profissional como uma questão fundamental no relacionamento com a clientela. Sobre a formação de grupo de auto-ajuda para diabéticos, para PAIVA et alii (1986 : 57) , " a maioria do grupo expressou-se com grande entusiasmo, uma vez que o cliente poderia adquirir conhecimentos sobre sua doença, relatar suas experiências, trocar informações e poder assim conviver melhor com ela ". É uma visão ingênua do profissional, que subentende uma acriticidade por parte da clientela, no sentido de aceitar algo " dado " pelo profissional/instituição, perdendo-se a referência da questão da saúde enquanto direito de cidadania.

Uma segunda questão é sobre o "adquirir conhecimentos sobre sua doença"; não há outra forma, mais democrática, menos centralizadora, da clientela ter acesso às informações sobre sua patologia, tratamento? Concordamos com COVRE, (1983: 229) sobre "o capital não poder prescindir da função legitimadora da desigualdade, de que ele é motor". Extrapolando-se para este estudo, o enfermeiro atua então como intelectual ligado organicamente às classes dominantes na não alteração do saber da clientela.

Contrapondo-se a isso, paralelamente, o Estado em diferentes áreas das políticas sociais, tenta suprir alguns direitos como forma de acalmar as classes excluídas, submetidas à desigualdade.

Este saber técnico deveria já estar socializado na coletividade, e o grupo, dentro da instituição, teria um papel de troca de informações entre os profissionais e a clientela, ~~e~~ entre a própria clientela e não de mero repassador de um saber instituído. Afinal, o profissional detém o conhecimento técnico-científico, mas as questões do dia-a-dia do diabético ~~são~~ são incorporadas ao seu conhecimento através da "troca" com a prática vivenciada cotidianamente pela clientela. É sobre esta prática do cliente diabético que haverá uma reordenação ~~do~~ conhecimento do enfermeiro e outros profissionais de saúde a respeito dessa patologia.

Uma outra experiência é descrita por SILVA (1985:296). Segundo esta autora, "o propósito do Programa de Assistência Ambulatorial de Enfermagem para clientes diabéticos foi conduzir o indivíduo a assumir a responsabilidade e controle da sua doença, tornando-se independente". O que já é um avanço, pois dá ao cliente autonomia para lidar com sua patologia.

Há um quadro sobreposto de queixas, não relacionadas à patologia básica do grupo, e que corresponde a faixa etária, ou ao adoecer coletivo (via condições de trabalho e de vida), e ~~que~~ são pouco exploradas ou são logo deixadas de lado pelos profissionais retomando-se o eixo da discussão para o tema central do grupo.

Não há uma liberdade em relação ao tratamento ou ao uso de medicamentos, tudo isto já está implícito como norma, quando o cliente inicia sua participação no grupo. Aquilo que é falado e recomendado é o melhor para eles. No decorrer do grupo, emerge o conhecimento cotidiano da clientela, sobre o que fazer em determinadas situações, ou mesmo de formas alternativas para a saúde, como a substituição de medicamentos por fórmulas caseiras.

O profissional fala para o grupo com a firme convicção de que o que está dizendo é o correto. Não há uma postura de troca, nem abertura, e nem mesmo tem a percepção de que possa haver outras realidades. Mesmo que os profissionais não perguntem, os participantes do grupo contribuem com suas referências, em contraposição à postura firme dos profissionais.

Os grupos refletem num espaço pequeno, as dimensões das relações sociais, o afastar-se da rotina árdua diária, e poder conversar com outras pessoas iguais à eles, como um cliente do grupo de Hipertensão "é bom participar do grupo, dá um negócio bom na gente" (agricultor, 63 anos).

Há um discurso que tenta contestar a ordem instituída "eu tenho 37 anos, fui ao médico só duas vezes" (soldador, 37 anos, grupo de Chagas). Onde pressupõe-se que a saúde, enquanto direito e condição de vida esteve presente no

decorrer de sua vida, de forma que possibilitou a sobrevivência, ou não foi valorizada, pois compreendeu duas visitas ao médico em 37 anos de vida.

Assim, para CHAUÍ, (1985: 80-1), "a teoria está encarregada de desvendar os processos reais e históricos enquanto resultados e enquanto condições da prática humana em situações determinadas, prática que dá origem à existência e à conservação ~~da~~ dominação de uns poucos sobre todos os outros".

Para a clientela, não houve aprendizado de teorias, mas o que falam "sobre a patologia que os levou a procurar uma instituição de saúde,... faz referência à sua história de vida. Em seu discurso, embora nem sempre estejam conscientes disso, fazem a ligação entre o econômico e suas condições de saúde e de vida, além das condições de trabalho", COCCO, (1990-26), o que existe é a concretude de sua realidade. Para eles está claro, e isto é verbalizado, que sua saúde não se restringe à ela mesma, mas é parte de um contexto mais amplo, que não sabem definir, mas percebem sua existência real.

Não há por parte da clientela, a preocupação da elaboração teórica presente no profissional.

Os conhecimentos científicos apresentados pelos profissionais para explicar as doenças são correlacionados

ao seu cotidiano. Para falar sobre a pressão alta dentro dos vasos sanguíneos, um agricultor do grupo de Hipertensão usou a seguinte imagem: "igual quando a gente passa veneno (na plantação) com a bomba. Quando é muito forte (a pressão), estoura". Há uma associação entre a sua realidade concreta e a doença. Há, portanto, uma apropriação e incorporação do conhecimento científico por parte dos usuários.

Criou-se, entre os participantes, um clima de cumplicidade nos diversos grupos acompanhados, independentemente do tipo de patologia ou o motivo que os reunia. De acordo com um enfermeiro que trabalhou durante a década de 80 com grupos, "eu sinto que eles se envolvem, eles se comprometem, um paciente com o outro e com os profissionais". Dentro dos grupos, cria-se uma linguagem própria, ligada à patologia básica ou ao motivo de formação do grupo.

No grupo de Chagas fala-se em número de doações de sangue, em carteirinha do Banco de Sangue. No grupo de Hipertensos, é a medida da pressão arterial, o peso, se houve aumento ou diminuição. No grupo de gestantes, é o tamanho da barriga, o número de filhos; no grupo de Laqueadura, também é o número de filhos.

No discurso oficial da clientela, utilizado para responder às questões que os profissionais de saúde

levantam no decorrer dos grupos, não brota o espontâneo, mas um discurso limitado. Quando fala livremente, o usuário fala e mostra que tem consciência de que a patologia que tem está firmemente ligada às suas condições de existência, que ultrapassam o momento presente, tendo ligação com todo o período de sua existência, como uma cliente do grupo de Chagas, que conta que nunca recebeu e nem doou sangue, que foi criada em Minas, em casa de barro, sapé. À noite, a mãe punha a lamparina nos buraquinhos (da parede) e os bichinhos saiam".

Para KOSIK (1986:36), "os fatos são conhecimento da realidade se são compreendidos como fatos de um todo dialético... se são entendidos como partes estruturais do todo". São esses fatos, enquanto conhecimento da realidade, que são buscados no discurso dos usuários, enquanto conhecimento de sua vida concreta.

Consideramos importante resgatar o discurso de um enfermeiro sanitário, que atuou em um Centro de Saúde em cidade do interior do estado de S.Paulo, que retrata uma busca do profissional que repercute na clientela e cria condições de mudança. Este profissional relata sua experiência na formação do trabalho em grupo, em uma instituição onde não havia este tipo de trabalho.

"Desde o primeiro dia que comecei a trabalhar

lá, a gente começou com grupo educativo. Um muito bom foi assim: no quintal do posto tinha um monte de pés de mangas e através dos grupos, o pessoal achou que aquilo era coisa muito boa, ... que as árvores eram importantes, mas faltava algo. Foi através dos grupos que a gente reunia, de mulheres principalmente e de idosos hipertensos, resolveu ... que ... tinha que fazer uma horta. E foi o grupo mesmo que cortou as mangas e que tratava da horta. Fizeram a horta. Eles vendiam ... lá o Secretário da Saúde lá comprar; punham preço super alto, e ao povo do bairro dava de graça ... foi em 1986."

Há algumas práticas educativas que mostram-se mais democráticas, procurando deixar a clientela mais à vontade, mais livre. O enfermeiro que estava coordenando uma reunião do grupo de Revisão Pós-Parto, conversa com as mulheres no sentido de "a forma de ser hoje, em grupo, é que estão todas passando por um mesmo momento" (deram à luz, tiveram filho recentemente). Esse mesmo profissional tenta resgatar as experiências das mães, dizendo para o grupo: "a experiência, quem tem, pode falar" (referindo-se aos cuidados com o bebê).

Outras experiências, tentam trabalhar com os problemas que emergem nas reuniões, como no grupo de Pré-Natal de Adolescentes, onde uma das clientes manifestava para o enfermeiro, o seu descontentamento, pois havia chegado às 11 horas e achava que seria atendida logo. O enfermeiro explicou-lhe o funcionamento da reunião em grupo e da consulta médica, e incitou o grupo : "as que quizerem, podem conversar, reclamar".

A experiência do trabalho em grupo, para a clientela, às vezes tem importância fundamental na determinação de suas vidas, como refere uma cliente do grupo de Psicossomáticos : " mexe muito lá no fundo (das pessoas). Nunca parei para pensar sobre isso " (24 a., programadora).

A Interpretação da Doença

O nosso referencial teórico sobre o processo de saúde doença, é o utilizado por LAURELL, (1983 : 151), segundo o qual é o " modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades

cotidianas, isto é, o surgimento da doença".

Para a clientela, há a percepção de que há um rompimento com uma condição anterior, onde não era necessário procurar o profissional de saúde, para a situação atual, onde há limitação da atividade física no trabalho, além da decorrente da própria idade.

Para alguns usuários é clara e visível a realidade que mostra as relações entre suas condições de trabalho e sua saúde, como um agricultor, que trabalha como meeiro na lavoura de tomate, relata sobre a descoberta de que tinha doença de Chagas. "daquela vez para cá sinto algumas coisas: tremedeiras, sinto dor nos braços quando estou trabalhando na lavoura, colhendo. Quando corro, dá aquela canseira". A lavoura é seu meio de subsistência e ele tem dificuldades (dor / restrição física) para trabalhar.

Um dos agricultores, com 64 anos e que está no bairro desde sua formação - uma experiência pioneira na Reforma Agrária no Brasil - contou sobre o início do bairro, suas dificuldades, que não havia dinheiro para trabalhar a terra e que passaram necessidades, juntamente com os familiares e que dos moradores iniciais não restaram muitos, pois devido às dificuldades, várias famílias desistiram de ter sua própria terra. Que agora a situação estava melhor e a terra era deles.

Mas apesar disso, dos participantes do grupo, somente um já não trabalhava mais, os outros, inclusive as mulheres, ainda trabalhavam na lavoura, embora a maioria do grupo estivesse na faixa etária entre 60 e 70 anos. Uma das mulheres deste grupo contou que não era possível parar de trabalhar porque não há aposentadoria na zona rural para a mulher; o que há é um direito adquirido das mulheres que trabalham na cidade.

Qual é a tônica da reflexão dos usuários sobre a saúde? Para MINAYO & SOUZA, (1989 : 80)^h com relação às representações sociais dos trabalhadores, partimos do pressuposto de que elas são construídas no seu confronto com a classe dominante, mediado pelo Estado," e que permitem subentender-se a dominação à que estão sujeitos.

"E em termos de saúde-doença, os trabalhadores participam das idéias dominantes veiculadas pelo sistema "oficial" de saúde e criam ao mesmo tempo seus códigos alternativos de acordo com o lugar e a posição que ocupam na sociedade. Tudo isso se traduz no seu modo de vida" (grifo dos autores). E, nessa visão oficial de saúde, ideologizada, que é considerada como algo estanque, como um fim em si mesma, que só incomoda ao Estado e empresários, à medida em que o corpo dos trabalhadores têm um valor, que deve ser exaurido em busca da mais valia.

Uma cliente do grupo Pré-Natal, de 29 anos,

que trabalha em casa, refere-se à saúde como sendo " a melhor coisa que pode existir ". Outra cliente, com 18 anos, comerciante, que participa do grupo de Ginecologia-Adolescentes, refere-se à saúde como sendo " o que todo mundo quer ter". Para MINAYO (1984), " falar de saúde-doença é uma forma que essa população tem de expressar sua vida ", para alguns, é a visão ingênua, idealista, que ainda predomina em suas vidas.

Na visão mais elaborada de alguns clientes, a saúde ultrapassa o limite do corpo " acho que pertence ao dinheiro, se tem dinheiro é fácil tratar" (soldador, 37 anos, Grupo de Chagas). Para outros, está limitada ao corpo, através de seus sintomas físicos "acho que precisava examinar o estômago"(56 anos, serviços gerais, Grupo de Chagas).

Os clientes do Grupo de Hipertensão de um bairro da zona rural, associam suas condições de trabalho, enquanto agricultores, o stress, os exercícios físicos, às suas condições de saúde (hipertensão arterial, dores nas costas), mas, quando indagados especificamente sobre sua saúde, tinham dificuldade para tentar sintetizar o que já haviam dito " fiquei ruim esse ano. Toda vida era bom. Esse ano já veio a pressão, é a idade". (Agricultor, 76 anos, Grupo Hipertensão Arterial).

Para outra cliente, " é sentir o corpo bem. Não estar sentindo nada doendo" (Agricultora. 50 anos Grupo de

Hipertensão) .

Qual é a lógica que impede que tenham consciência de que suas condições de trabalho e de vida afetam sua saúde , não conseguem verbalizá-lo, limitando a sua visão de saúde aos sintomas físicos ? É a lógica da submissão, da dominação onde quem pode falar são os que entendem, os que estudaram ! Para eles não é permitido a apropriação do conhecimento, como referiu uma cliente do Grupo de Hipertensos, quando indagada sobre o que era saúde para ela: " vocês que estudaram é que sabem falar" (agricultora).

Há questões culturais delicadas que ocorrem nos grupos como o de Hipertensão, onde a clientela, pelo fato de morar num bairro predominantemente agrícola, com plantações variadas e criação de animais. Se durante sessenta anos ou mais eles comeram o frango com pele, ingeriram ovos todos os dias da semana, por que de repente devem parar com tudo isso, inclusive devido à questão financeira ? Por que usar o óleo vegetal se a banha de porco tem custo zero e é abundante no local ? É o próprio senso comum que diz que comida feita com óleo vegetal não sustenta ? São questões inerentes à sua cultura e não será o profissional , em algumas reuniões, que irá alterá-las.

Para os profissionais, é uma questão delicada e nem sempre presente, que antes do início do trabalho efetivo

com grupo de usuários, é preciso conhecer sua realidade, sua cultura e fundamentalmente, estar aberto à troca de conhecimentos com os usuários.

Há uma tendência por parte do profissional a considerar seu saber como hegemônico e portanto, não passível de alteração, em alguns enfermeiros. Em outros, o pequeno tempo para a realização dos grupos também levam à este conflito com a clientela, onde não há espaço para saber muito sobre ela, mas apenas para passar informação.

As condições de trabalho são parte indissociável das condições de vida para os usuários. Em relação ao stress a que estão submetidos em sua rotina diária de trabalho e a sua influência, no caso, do controle da hipertensão arterial, eles relatam sua experiência. "Já passei por isso, vinha o pedido de uva e a gente ficava trabalhando, não sabendo se ia dar tempo de entregar a mercadoria, pois às vezes o caminhão não estava pronto e, em outras, faltavam caixas para embalagem. Assim era difícil controlar os nervos que faz subir a pressão".

A saúde nem sempre está incorporada na clientela como um direito de cidadania, mas como uma alteração nas normas fisiológicas do corpo. Sobre a opção em buscar atendimento médico durante a gestação, uma cliente do grupo de Pré-Natal de Adolescentes referiu-se da seguinte forma: "É bom

fazê pré-natal...O nenê não nasce doente. O povo lá perto de casa fala que é bestera. Mas eu não acho. Por isso tô fazendo pré-natal".

No grupo de Chagas, um cliente relata da seguinte forma o que sente: "Trabalho de servente de pedreiro...tem hora que parece que a carne dispara...Ontem mesmo me deu uma tremedeira...Fui criado no sertão"; e sobre seu emprego e remuneração: "era um lugar onde ganhava muito pouco...Quer ia trabalhar na Prefeitura para ganhar mais e construir (uma casa)". Em síntese, ele sabe que sua patologia não surgiu do nada, mas de suas condições de vida e que ele, enquanto trabalhador, tem como objetivo na vida que estas dificuldades não se perpetuem, quer ter melhores condições, sabe que é explorado no trabalho, quer um teto próprio para abrigar mulher e filhos.

Assim, para a clientela, a saúde está ligada às condições de vida. A maioria dos participantes do grupo de Chagas sabiam que uma das formas de transmissão é através da picada do barbeiro. Segundo um deles, "eles ficavam na mola da cama. A mãe jogava querosene para matar". "Nasci na Bahia,...tenho 48 anos...tenho dificuldade para engolir, tem que comer com água junto".

A Realidade Vista Através dos Olhos dos Outros: a Visão do Usuário

Embora a preocupação com a saúde esteja presente no discurso do usuário, ela é eventual, nem sempre configura-se como uma necessidade básica. Para uma cliente do grupo de laqueadura, gestante, com 4 filhos, ao ser indagada sobre sua participação no grupo, contou que o médico da cidade onde morava e fazia o pré-natal, "Perguntou se eu não tinha pensado em não ter mais filhos...Pedi a carta, a autorização de lá...Eu já tinha pensado nisso, (tinha) um pouco de preguiça, um descuido (as gestações)". Podemos subentender que as decisões sobre sua vida são deixadas ao acaso, e somente quando alguém, a quem dão um papel de autoridade- no caso o médico- diz que poderia ser buscado um outro caminho é que esta cliente "tomou consciência disso", vencendo suas condições anteriores que não privilegiavam esta tomada de posição: não ter mais filhos como algo fundamental na sua vida familiar.

Nós Podemos Falar !

Em muitos casos, o momento de realização dos grupos constitui-se em local privilegiado para troca de informações entre os próprios usuários, onde conversam sobre a realidade que vivem, os preconceitos e mesmo sobre as relações familiares, de forma espontânea, se os profissionais permitem a abertura deste espaço no decorrer dos mesmos.

No grupo de laqueadura, ao discutir-se entre as mulheres que participavam do encontro, sobre a opção de que fosse realizada a laqueadura (cirurgia para que a mulher não tivesse mais filhos), ao invés da vasectomia (cirurgia realizada no homem), uma delas, gestante, com 4 filhos, manifestou-se da seguinte forma: "meu marido! Deus me livre. Dá um tiro na cabeça...acha que perde a macheza". Notava-se que este sentimento também passava pelas conversas que as outras mulheres tinham com seus maridos e companheiros, porém as risadas do grupo eram uma forma de encobrir um assunto que era tabu entre elas mesmas e entre elas e seus companheiros.

Numa relação democrática, aos clientes é dado, durante a reunião em grupo, a possibilidade de falar livremente sobre seus problemas, por que está procurando uma instituição de saúde. No grupo de Pré-Natal de Adolescentes, uma cliente relata, no decorrer da reunião, que "fica uma confusão na cabeça, ser mãe tão nova. É uma vida para criar, sendo que a gente nem está criada. Tem que abrir mão de um monte de coisas que tinha que ver". Ela manifesta um forte sentimento em relação à sua gravidez, aos 18 anos. O grupo ainda não havia falado nesta perspectiva da gravidez. Quando o enfermeiro tenta retomar

se isto também está sendo sentido pelo restante do grupo, elas respondem afirmativamente, confirmando timidamente com um movimento de cabeça.

Deste modo, se o profissional cria condições, durante a realização do grupo, para o despertar e manifestação destas falas e consegue refletir sobre elas, com o grupo, este torna-se mais aberto, receptivo ao que está sendo conversado.

NOTAS

1. Para LEOPARDI et alii (1989:34), a educação em saúde é entendida como "um processo coletivo de trabalho", cujo objeto é a "conscientização dos indivíduos; os instrumentos para sua realização são processo ensino-aprendizagem, estratégias de ensino, infra-estrutura, etc...e a finalidade é a possibilidade de transformação da consciência ingênua para consciência crítica."

(grifos nossos).

2. À esse respeito, é interessante a colocação feita por (LAGANÁ 1986: 10-1) numa crítica à prática dos profissionais. "O hábito do assistencialismo de que nós profissionais de saúde somos vítimas... nos leva a tolher a consciência e reflexão daqueles que vêm à nossa procura. Partimos do princípio pelo qual somente nós somos capazes de perceber a realidade em que o cliente está envolvido. E com isso perpetuamos a relação de dominação que existe entre aqueles que detêm o saber "científico" e a população dita "leiga" .

3. À esse respeito ver: FOLHA DE SÃO PAULO: Concentração de renda bate recorde: 1% mais ricos detêm 17,3% do bolo. 14/11/1990.

4. Para SOUZA & VERAS (1983: 11), "em um sistema social onde a grande maioria da população dispõe apenas de sua própria força de trabalho para garantir sua subsistência, o corpo é visto fundamentalmente como instrumento de trabalho. E a doença representa então uma dupla ameaça, tanto no sentido de afetar sua saúde como sua capacidade produtiva...Pode-se pensar a questão da doença incluindo três dimensões: 1.estar doente...2.sentir-se doente...3.poder ficar doente"

5.À esse respeito, ver SAVIANI (1987: 13) segundo o qual "a noção de politécnica se encaminha na direção da superação da dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral". Assim, a questão da politécnica é uma alternativa educacional à segmentação do saber dos trabalhadores.

Considerações Finais

Tentamos resgatar neste estudo, a ideologia do enfermeiro, presente em sua prática educativa, e que tem sido favorável à manutenção das condições de vida, trabalho e subordinação das classes hegemônicas sobre a clientela: os trabalhadores.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar a análise de todas as relações que ocorrem entre profissionais e clientela, mas, de estar voltado para a prática, buscando o entendimento de como se processam estas relações e da ideologia que as norteiam.

É necessário que seja repensada a questão da educação como uma prática realmente democrática,

conscientizadora, nas relações entre a clientela e os profissionais de saúde, tendo em vista que "os interesses maiores da saúde e da educação das camadas populares são submetidos aos interesses da auto-valorização do capital". NAKAMAE (1987:15)

Acreditamos que, a possibilidade de movimento, de mudança, advém das crises. A área de saúde, como parte da sociedade, enfrenta mudanças que buscam reorientar o modelo vigente, buscando um atendimento mais justo da população. Há condições para o surgimento de uma ideologia alternativa à ideologia oficial, que permeia o sistema e em particular as instituições. É o desenvolvimento da consciência crítica que dará condições para o surgimento desta nova ideologia, à partir de transformações na realidade concreta.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido, na busca de relações críticas, conscientizadoras e mesmo democráticas entre profissionais de saúde e clientela, aqui considerada como trabalhadores. As relações atuais têm privilegiado a manutenção da hegemonia do saber técnico-científico, sobre o conhecimento leigo.

Um dos caminhos a serem percorridos, buscando uma prática educativa concreta, passa pela discussão da questão da interdisciplinariedade, num discurso atual, porém onde os papéis não estão definidos, e acaba sendo repassado nesta prática

educativa, por parte dos profissionais um conhecimento (em contra posição ao conhecimento científico), fundamentado em sua "concepção de mundo" (GRAMSCI, 1985).

Devem ser aprofundados os estudos referentes à equipe multiprofissional, à definição dos papéis de cada profissional .

Consideramos também como fundamental a revisão dos currículos da graduação em enfermagem, no sentido de formação de um enfermeiro enquanto trabalhador, crítico, consciente, engajado nas lutas por uma sociedade mais justa.

Em relação aos grupos educativos, eles têm sido basicamente uma expressão das necessidades do profissional, em sua busca pelo reconhecimento da sociedade, na expansão do seu papel de atuação, voltado para a área assistencial, agora redimensionada e valorizada, através da prática educativa em saúde.

A n e x o s

Roteiro para entrevista com a clientela

1. IDENTIFICAÇÃO

sexo: M___ F___

idade: ___

profissão: _____

procedência: _____

grupo: _____

local: _____

2. O que é saúde para você ? _____

3. Como você veio participar deste grupo? _____

4. Houve algum tipo de mudança em sua vida após a participação
 neste grupo? _____

5. Você consegue identificar quem é o Enfermeiro no Grupo ? Ele
 acrescentou alguma coisa para você ? _____

6. O que você espera dessas reuniões em grupo ? _____

7. Você concorda com o que é falado nos grupos ? _____

8. Você já participou de reuniões sobre saúde em sua comunidade ou
 seu bairro? Qual a importância disso para você ? _____

Roteiro para entrevista com o profissional

1. IDENTIFICAÇÃO

sexo: _____ idade _____
tempo de trabalho na instituição _____

2. DADOS GERAIS

ano de graduação: _____ Escola _____
cursou: Habilitação _____
Especialização em Saúde Pública _____
Outros _____

3. Você teve Educação e Saúde como disciplina integrante do seu currículo de graduação ?

4. Quando começou a desenvolver algum trabalho educativo ?

5. Como você vê sua prática educativa ?

6. Por que você está fazendo este tipo de trabalho ?

7. Qual é a sua autonomia para a realização dos grupos ?

8. Qual é a importância que você dá a este trabalho ?

9. Qual a perspectiva que você tem de saúde ? Tem acompanhado as discussões atuais sobre saúde ?

10. Você acha que após o seu trabalho educativo houve mudanças na clientela ?

11. Fale sobre o seu trabalho.

12. Além de sua formação acadêmica, o que tem influenciado sua vida profissional e pessoal ?

13. Como se dá a sua atualização cultural ?

14. Há influência familiar ? (idéias que existem na família, como anarquismo, socialismo, nacionalidade)

Bibliografia

150

ALMEIDA, Maria Cecilia Puntel de. A Prática da enfermagem como subsidio para a formação do enfermeiro. In: SEMINÁRIO: A Prática de Enfermagem e o Currículo de Graduação. Ribeirão Preto, fev/mar. 1985. Anais. Ribeirão Preto, USP, 1985, 53-59.

----- et alii. A produção do conhecimento da pós-graduação em enfermagem no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 2-7 ago. 1981. Anais. Brasília, ABEn, 1981.

----- & ROCHA, Juan S.Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1984

ALMEIDA, Maria Lourdes M. A prática educativa do enfermeiro. Curitiba. Universidade Federal do Paraná. 1985. 172p. Tese (Mestrado)

ALVES, Delvaír B. Mercado e condições de trabalho da enfermagem. Salvador, 1987.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Saúde e trabalho: desafios para uma política. São Paulo, 1990.

BARROS, Stela M.P.F. Política educacional em enfermagem. In: SEMINÁRIO: A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO. Ribeirão Preto, fev/mar. 1985. Anais. Ribeirão Preto, USP, 1985. p.13-33

BERLINGUER, Giovanni. Medicina e política. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1978.

----- A saúde nas fábricas. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ação participativa: metodologia. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE. Natal, 26-9 abr. 1982. Anais: Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1982.

----- Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, 1984.

CARDOSO DE MELO, Joaquim A. Educação sanitária, uma visão crítica. apud TAKAYANAGUI, A.M.M. Implantação de um projeto comunitário de educação em saúde para gestantes. Ribeirão Preto. USP, 1986. Tese (Mestrado)

CARDOSO, Miriam L. La construccion de conocimientos. México, Ediciones Era, 1977.

CARNOY, Martin Educação, economia e estado. São Paulo, Cortez, 1986.

CARRASCO, M. A. P. Influência das escolas de administração científica e clássica na produção científica da enfermagem brasileira. Ribeirão Preto, USP, 1987. Tese (Mestrado).

CASTELLANOS, B.E.P. et alii Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 2-7 set. 1989. (mimeo)

CHAUÍ, M. O que é ideologia. 18ed. São Paulo, Brasiliense, 1985.

CIGNOLLI, A. Estado e força de trabalho: introdução à política social no Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1985.

COCCO, M.I. M. & TAKAHASHI, L.L. Expectativas do enfermeiro para a década de 90: análise crítica. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 2-7 set. 1989. (mimeo)

----- A determinação do processo saúde-doença na perspectiva dos usuários em saúde coletiva. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1, Campinas, 2-6 set. 1990. (mimeo)

COSTA, N.R, et alii(org)Demandas populares, políticas públicas e saúde.vo 1.I, Petrópolis, Vozes-ABRASCO, 1989.

-----Demandas populares, políticas públicas e saúde.vo 1.II, Petrópolis, Vozes-ABRASCO, 1989.

COUTINHO, C .N. Gramsci.Porto Alegre, L&PM Ed., 1981.

COVRE,M.L.M .A formação e a ideologia do administrador de empresa. 2ed.São Paulo, Vozes, 1982.

-----A fala dos homens.São Paulo, Brasiliense,1983.

----- (org.)et alii A cidadania que não temos.São Paulo, Brasiliense, 1986.

CUPERTINO, F.Classes e camadas sociais no Brasil.Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.

CURY, C.R.J. Educação e contradição. São Paulo, Cortez, 1986.

DEMANGE, N. J.Anotações de aula e entrevistas. Campinas, 1986-90

DOMMANGET,M. Los grandes socialistas y la educacion. Madrid, Ed.Fragua, 1972.

ESCOREL, S. Saúde:uma questão nacional. In:TEIXEIRA, S. (org.).
Reforma sanitária:em busca de uma teoria.São Paulo, Cortez/
 ABRASCO, 1989.

FOLHA DE SÃO PAULO.Saúde no Brasil está deteriorada, diz
 especialista.10.01.1990, C-B.

----- Concentração de renda bate recorde;1% mais
 ricos detêm 17,3% do bolo.14.11.1990. B-1.

FREITAG, B. Escola,estado e sociedade. 4ed.São Paulo, Moraes,
 1986.

-----A teoria critica ontem e hoje. São Paulo,
 Brasiliense, 1986.

GERMANO, J.W. Estado Militar e educação no Brasil: 1964-85. Um
 estudo sobre a política educacional. Campinas, UNICAMP, 1990.
 Tese (Doutoramento)

GERMANO,R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2ed. ,
 São Paulo, Cortez, 1985.

GIOVANNI, G. O método dialético. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE
 PESQUISA EM ENFERMAGEM,3, Florianópolis, 3-6 abr. 1984.Anais .
 Florianópolis, 161-71.

GOMES, C.M. et al Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. São Paulo, Cortez, 1987.

GONÇALVES, R.B.M. Processo de trabalho em saúde .s/d.(mimeo)

GORENDER, J. A burguesia brasileira. São Paulo, Brasiliense, 1981.

GORZ, A. Crítica da divisão do trabalho. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

GRAMSCI, A. Concepção dialética da história. 5ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1984.

----- Os intelectuais e a organização da cultura. 5ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1985.

----- Maquiavel, a política e o estado moderno. 7ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1989.

IANNI, O. Estado e planejamento econômico no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977.

JESUS, A.T. Educação e hegemonia no pensamento de Antonio Gramsci. São Paulo, Cortez/Ed UNICAMP, 1989.

KAWAMURA, L. Novas tecnologias e educação. São Paulo, Ed. Ática, 1990.

KOSIK, K. Dialética do concreto. 4ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

LAGANÁ, M.T.C. Ação participativa num processo de atendimento de mães em unidades de saúde. São Paulo, USP, 1986. Tese (mestrado)

LAURELL, A.C. A determinação social do processo saúde-doença. In: NUNES, E.D. (org.) Medicina Social. São Paulo, Global Ed, 1983.

LEOPARDI ROSA, M.T. et alii O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem- uma aproximação com instrumentos de trabalho. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 2-7 set. 1989. (mimeo)

LOYOLA, C.M.D. Os doces corpos do hospital. 2ed, Rio de Janeiro, UFRJ, 1987.

MARX, K. Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos. 4ed. São Paulo, Nova Cultural, 1987.

----- O capital .L 1 vol. I. 3ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

----- & ENGELS, F. A ideologia alemã. 6ed. São Paulo, HUCITEC, 1987.

MINAYO, M.C.S. A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro, Ed. Espaço e Tempo/ FASE, 1986.

NAKAMAE, D.D. Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo, Cortez, 1987.

NUNES, E.D. (org.) Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez/ABRASCO, 1989.

ODDONE, I. et alii Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo, HUCITEC, 1986.

OLIVEIRA, F. A economia brasileira: crítica à razão dualista. apud DONNANGELO, M.C.F. Medicina e sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975.

PIRES, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. Brasil: 1500 a 1930. São Paulo, Cortez, 1989.

PISTRAKÍ. Fundamentos da escola do trabalho. São Paulo, Brasiliense, 1981.

PORTELLI, H. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.

QUEIRÓZ, V.M.& EGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Rev. Bras. Enf., Brasília, 41(1):26-33, jan-mar. 1988.

RAMOS, C.L. et alii Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, N.R. (org.) Demandas populares, políticas públicas e saúde. Vol III. Petropolis, Vozes, 1989.

REZENDE, A.L.M. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo, Cortez, 1986.

----- & NASCIMENTO, E.S. Criando histórias, aprendendo saúde: uma experiência com crianças de classes populares. São Paulo, Cortez, 1988.

SANFELICE, J.L. Anotações do curso: Dialética. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 5, BELO HORIZONTE, 26-9 jul. 1988.

SAVIANI, D. Sobre a concepção de politecnia. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1987.

SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. 14ed. São Paulo, Cortez, 1986.

-----Educação, ideologia e contra-ideologia.São Paulo, EPU, 1986.

SILVA, H.M. Programa de assistência ambulatorial de enfermagem para clientes diabéticos. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38(3/4) : 289-99, jul/dez. 1985.

SILVA, N.F. A prática da enfermagem na Bahia. Salvador, Gráfica Central, 1987.

SKIDMORE, T. Brasil: de Castelo a Tancredo. 2ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

TAKAYANAGUI, A.M.M. Implantação e avaliação de um projeto comunitário de educação em saúde para gestantes. Ribeirão Preto, USP, 1986. Tese (Mestrado)

TEIXEIRA, S.N.F. (coord.) Antecedentes da reforma sanitária. Rio de Janeiro, ENSP, 1988.

----- (org.) Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez/ABRASCO, 1989.

TRAGTENBERG, M. (org.) Marxismo heterodoxo. São Paulo, Brasiliense, 1981.

VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. Participação popular em saúde.
Petrópolis, CDDH/CEPEL, 1989.

VIEIRA, E. Estado e miséria social no Brasil. São Paulo,
Cortez, 1983.

WAGNER, D. The proletarianization of nursing in the United States
1932-1946. Int. J. Health Serv., 10(2):271-91, 1980.