

Capítulo 3

TRAJETÓRIA PROCESSUAL E PRÁTICA DA INTERVENÇÃO

A intervenção sobre a realidade objetiva pressupõe mediações entre o sujeito (o ator social) que intervém e o objeto de intervenção e é sempre praxicamente processual. O começo, o meio e o fim, desta forma, são elos interligados de uma mesma cadeia-espiral onde, geralmente, o início da espiral é impulsionado por aquele que, em um dado momento, é capaz de formular o horizonte processual de transformação. Note-se que não se trata de horizonte-conteúdo, ou seja, da configuração mais precisa da nova qualidade, mas apenas, neste primeiro momento, da antevisão da necessidade de se superar a qualidade atual em que se encontra o dado fenômeno.

A responsabilidade social de técnicos de saúde, no nosso caso, dos enfermeiros, por contingência, por seu stáтус social e pelos investimentos sociais a eles destinados, faz com que devam visualizar as possibilidades e necessidades de mudanças efetivas no seu saber-fazer – a intervenção no processo saúde-doença da população –, precisamente porque essa é a sua forma de desalienar-se, quebrando assim a âncora mecanicista que vem sustentando sua prática.

A crítica permanente sobre as ações e a busca organizada de respostas às suas inquietações, desde logo colocam o enfermeiro diante das interrogações que, ao serem problematizadas, abrem os caminhos para a construção de novos conhecimentos. Dado que toda a realidade contém, nela mesma, as contradições, muitas das quais passíveis de superação imediata, as quais, apresentam

vulnerabilidade de forma, de conteúdo e de espaço, principalmente nos nossos campos de trabalho, seria impossível imaginar que no cotidiano do fazer em enfermagem não surjam, a olho nu, tais questões.

No entanto, nem tudo que parece à primeira vista contraditório em nossa prática, configura-se, de fato, em contradição dialética. O confronto de idéias acerca do fazer do enfermeiro – se deve responder às demandas do cuidado ou da gerência – é um exemplo dessa contradição não-dialética. Com efeito, ambas as idéias vislumbram tendências da prática de enfermagem baseadas na mesma historicidade de sua construção, concluindo por uma ou outra tendência. Esse embate ocupou quase uma década de textos e artigos que defendiam um ou outro pensamento, sem chegar a encaminhar à superação de fato das contradições da realidade da prática da enfermagem brasileira. As práticas diferenciadas encontradas na nossa realidade, por suposto também diferenciada de acordo com as variedades existentes na realidade social e de saúde das populações nas distintas regiões e micro-regiões do País, em que pese a hegemonia de dada modalidade prática, elas mesmas não configuram contradições, em termos gerais, pois não estão remetidas à mesma totalidade. Portanto, dessas enunciações, não se podem obter momentos de superação. Tal afirmação é compartilhada também por Gomes¹.

Mais do que a preocupação pela escolha de um objeto privilegiado dentre os objetos que os enfermeiros lidam no campo dito de saúde coletiva, deve ser colocado em cheque, em primeiro lugar, como a nossa prática cotidiana vem interferindo no processo saúde-doença dos grupos mais proximais do nosso fazer.

Dito de outro modo, qualquer que seja o objeto de trabalho socialmente definido do nosso fazer, é preciso decodificar tal objeto. Com toda certeza, dada a enorme variedade com que os enfermeiros hoje estão insertos no trabalho há uma heterogeneidade também considerável de objetos. Creio que, na grande maioria, não detectados de modo consciente, enquanto tal.

A herança vocacional de nossa profissão embaça a capacidade de visualizá-la enquanto um trabalho socialmente construído e em construção. Somente à medida em que compreendemos nosso fazer enquanto um trabalho, ou seja uma prática social historicamente construída articulada à estruturação de produção mais geral de nossa sociedade, é que podemos passar a entender o significado dos *ossos processos de trabalho*.

A trajetória processual e práxica de intervenção passa primeiro pelo exame da situacionalidade² do nosso saber-fazer, enquanto atividade de

1. Gomes, 1991.

2. Situacionalidade: palavra designada em estudo anterior, para dar significado à condição atual do fenômeno nas perspectivas quantitativas. Opõe-se a ela, dialeticamente, o passado e o devir da totalidade - parte considerada ao exame de suas contradições (Cf. Egry, 1990).

cognição, ou leitura crítica do real. Em outros termos, significa indagar: qual é o *estado da arte* (aparência do fenômeno) do nosso cotidiano? Em seguida é preciso descobrir qual é a essência dessa qualidade atual e, para isso, ir à gênese das transformações ocorridas nas diferentes categorias que podem recortar o fenômeno, ou seja, tempo-espço, teoria-prática, estrutural-particular, particular-singular, possibilidade e necessidade, entre outras.

Ao ampliar a compreensão da realidade objetiva, dissecada através das categorias analíticas, busca-se a interpretação mais refinada para a elucidação das vulnerabilidades. Estas projetarão a maior ou a menor possibilidade de serem trazidos à baila os motes transformadores, quanto mais estiverem confrontadas e articuladas, em síntese dialética, com as categorias empíricas.

Esses motes transformadores, que de idéias passam a se constituir em projetos de trabalho (cotejando objetivos, estratégias, corpo teórico-metodológico, definição de tempo e competências concretamente desfilados), ao serem postos em confronto com a realidade fenomênica, sofrerão a resistência que se expressará em outras contradições. A superação delas introduzirá transformações quantitativas no fenômeno, tanto da parte do sujeito quanto do objeto, dado que o “homem ao transformar a natureza para garantir sua existência, transforma-se a ele mesmo”³.

O revisitar do processo de proposição e de objetivação das transformações nas contradições internas e externas, tanto de seu conteúdo como de sua maneira processual específica adotada, ou seja, na perspectiva da sua historicidade e dinamicidade, proporciona a reinterpretção do próprio caminho do método operacionalizado. A vulnerabilidade, não do fenômeno-objeto de mudanças, mas do fenômeno-processo de intervenção, é que precisamente proporciona o repensar a validade da teoria que se utilizou, enquanto um instrumento de cunha para a mudança. Não se tratando de uma validade qualquer, é, neste caso, validade praxiológica.

Além da articulação das categorias conceituais e das categorias dimensionais, é imprescindível firmar dois conceitos que possibilitam a operacionalização da TIPESC: horizonte e participação.

O *Horizonte* pode ser considerado como sendo a antevisão da qualidade nova a que se quer chegar, enquanto lugar, conteúdo e processo; não sendo meramente objetivo ou meta, ele é continuamente re-situado e re-dimensionado no transcorrer do caminho para o seu alcance. Articulado às categorias sociais – analíticas e empíricas – ele é dinâmico, processual e histórico. É tanto mais possível de ser alcançado quanto mais próximo estiver

3. Marx, 1987.

das aspirações coletivas. É mais amplo e transformador quanto mais preciso for conduzido o exame do fenômeno considerado e, portanto, explicitadas claramente as contradições essenciais do fenômeno. Distinto da utopia idealista, ele é construído à medida em que se caminha e é, ao mesmo tempo, móvel, pois, ao aproximar-se dele, outros novos horizontes estarão sendo visualizados. Desde que o horizonte se trata de formas de manifestação da consciência crítica humana, coexistem horizontes diferenciados para distintos grupos sociais, que em sociedades classistas podem ser expressos antagonicamente⁴.

A *Participação*, sendo um conceito nuclear para intervir em muitos objetos fenomênicos, acaba se tornando também um pressuposto do processo de desenvolvimento do método, principalmente quando o processo ou produto privilegiam a construção imediatamente coletiva-participante. Pode ser operacionalmente definida como um processo de manifestação das vontades singulares num contexto grupal ou coletivo para que estas (as vontades) sofram as ampliações ou reduções que lhes impõem as contraposições dadas pelas interrelações entre os sujeitos que ocorrem nas diferentes formas de produção das relações sociais. Dessa forma, cada qual pode compreender as articulações entre as diferentes dimensões do objeto fenomênico e, em conjunto, construir os horizontes e as alternativas para o equacionamento das questões, agora dentro de perspectivas particulares⁵.

A participação mantém em estreita relação com o processo de consciência social. Os homens modelam a sociedade de acordo com sua consciência, porém, essa modelagem é mediada pela própria consciência. Nenhuma transformação social é ato de um só homem, “por maior que seja sua genialidade, senão que resulta da aquisição da consciência da verdadeira natureza da sociedade por parte de parcelas ponderáveis das grandes massas que a constituem. Nas sociedades divididas em classes sociais antagônicas, toda a superestrutura (o aparelho do Estado, suas instituições jurídicas, religiosas, órgãos de repressão, as universidades, os meios de comunicação social etc.) está, se considerada em seu conjunto, voltada para manter nas massas a idéia de que a ordem social é justa, legítima, ou até mesmo sagrada, a fim de que cada um cumpra as tarefas que lhe cabem e das quais depende a viabilidade da própria sociedade”⁶.

É por isso que “nas sociedades divididas em classes, a consciência social está sempre defasada em relação à essência do ser social, e as mudanças nas relações de produção processam-se em grande atraso, relativamente ao incessante desenvolvimento das forças produtivas”.

4. Cf. Queiróz, Egry, 1988, pp. 27-28; Egry, 1990, p. 104; Egry; Fonseca; Bertolozzi, 1994, p. 287-294.

5. Egry, 1990, p. 104.

6. Henriques, 1981, p. 200-201.

Assim, cabe ao processo participativo desmistificar o interesse predominante na manutenção da ordem social vigente.

A consciência, por outro lado, opõe-se à alienação que, no entender de Lane, caracteriza-se pela "... atribuição da naturalidade aos fatos sociais (...) e esta inversão do humano, do social, do histórico como manifestação da natureza, faz com que todo o conhecimento seja avaliado em termos de verdadeiro ou falso e de universal. Neste processo a 'consciência' é reificada, negando-se como processo, ou seja, mantendo a alienação em relação ao que ele é como pessoa e, conseqüentemente, ao que ele é socialmente"⁷.

Para a mesma autora, "o homem com que estamos lidando é fundamentalmente um homem alienado, embora essa alienação possa assumir graus e formas diferentes. Nesse sentido, suas representações e sua consciência de si e do outro são sempre, num primeiro momento, fundamentalmente descontraídas das determinações concretas que as produzem. Há sempre dois níveis operando: o da vivência subjetiva, marcado pela ideologia, onde cada um se representa como indivíduo livre, capaz de se autodeterminar, 'consciente' de sua própria ação e representação; e a da realidade objetiva, onde as ações e interações estão sempre comprimidas e amalgamadas por papéis sociais que restringem esta interação ao nível do permitido e do desejado (em função da manutenção do *status quo*). O nível da consciência subjetiva reproduz a ideologia do capitalismo (o individualismo, o *self-made-man*), o nível da realidade objetiva reproduz o cerne do sistema, ou seja, a relação dominador-dominado, explorador-explorado. (...) num sistema capitalista, os papéis sociais sempre reproduzem a dinâmica básica dos papéis históricos, ou seja, a relação dominador-dominado. Qualquer análise de um processo grupal que se apóie no materialismo dialético tem que partir, necessariamente, desses dois níveis de análise. A emergência da consciência histórica, portanto, de uma ação social como práxis transformadora, significaria o nível das determinações concretas rompendo as representações ideológicas e se fazendo consciência, momento em que a dualidade desapareceria"⁸.

Assim, os processos participativos devem possibilitar ao grupo a reapropriação dos conhecimentos gerados nas relações grupais e sociais mais amplas, onde o confronto de idéias diferentes e divergentes abre a possibilidade de ampliação do leque de conhecimentos e, ao mesmo tempo, permite o entendimento da existência das desigualdades na perspectiva de sua superação.

7. Lane, 1988a, p. 42.

8. Idem, 1988b, pp. 84-85.

AS POSSIBILIDADES FOCAIS OU FENOMÊNICAS

No início deste estudo, mencionei que o texto originalmente produzido, “Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentada no materialismo-histórico e dialético” (Queiróz; Egry, 1988), como o título já indica, foi construído com a finalidade de expor um instrumental metodológico que desse conta da assistência de enfermagem em saúde coletiva. Estava em cheque, naquele momento, um dado fazer-saber específico, atinente ao fenômeno assistencial e, nos moldes pensados, daquele de que diretamente o enfermeiro se ocupa (há pesquisadores que discordam, dizendo da irrelevância numérica dos que o fazem) ou se ocuparia. Ademais, esse saber-fazer a assistência de enfermagem em saúde coletiva estava sendo considerado dentro da perspectiva do ensino, ou seja, da qualificação da força de trabalho em enfermagem no nível de terceiro grau.

Mais do que tentar responder à questão controversa acima formulada (se o enfermeiro deveria ou não prestar assistência de enfermagem direta aos usuários) e sem a preocupação com a magnitude que o número de enfermeiros em âmbito nacional representa (do contingente de enfermeiros que exerciam a prática assistencial de enfermagem direta aos usuários), importava a superação do quadro teórico utilizado no nosso modo concreto de ensinar a assistência de enfermagem em saúde coletiva. O aporte metodológico no qual as nossas intervenções se apoiavam, na década de setenta, era o método descrito por Nogueira (1976, 1977, 1978a e 1978b). A autora sistematizara um método de assistência a ser aplicado em unidades extra-internação, fundamentalmente baseado na Teoria de Wanda de Aguiar Horta (1979) e na Teoria de Leavell e Clark, ou História Natural das Doenças (1976).

Na década de setenta, o modelo de Nogueira foi largamente utilizado para o ensino da assistência de enfermagem nos chamados Centros de Saúde, campo privilegiado de estágio prático dos alunos de graduação em enfermagem, dentro das disciplinas de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Ressalte-se que a utilização desse instrumento sistematizador, tal como havia sido proposto (e, posteriormente, incorporando as modificações decorrentes de sua avaliação) de fato, permitiu realizar uma assistência de enfermagem mais sistematizada, organizada e integral em relação ao que, até então, os demais modelos teórico-práticos possibilitavam.

Entretanto, apresentaram-se limitações decorrentes do seu aprisionamento à âncora funcionalista-positivista, ou seja, deparamo-nos com os limites de seu horizonte intelectual.

A compreensão de horizonte intelectual, no dizer de Löwy (1987:104), permite localizar de forma mais precisa o papel da ideologia na constituição do saber científico, pois ela lhe circunscreve os *limites*. Para o autor, os mais lúcidos pensadores tal como Ricardo e os demais clássicos do pensamento econômico, não podiam, enquanto pensadores burgueses, apreender certos aspectos decisivos da realidade sócio-econômica, pois continuava prisioneiro do seu horizonte de classe. A ciência burguesa não podia ir além de um certo limite intransponível, que o próprio burguês não supera em sua vida e que, por conseqüência, o impede de dar encaminhamento para os mesmos problemas e para as mesmas soluções às quais ele próprio é conduzido por seu interesse material e pela sua situação social.

Assim, o modelo teórico-prático proposto por Nogueira (1977 e 1978) dada a sua filiação idealista, ou seja, lastreado pela corrente filosófica do idealismo – caracteristicamente burguês em sua origem – conseguia muito bem lidar setorialmente com a assistência sem, contudo, permitir a superação das contradições existentes tanto no processo saúde-doença quanto no processo de assistir em enfermagem: este, pois, era o seu limite de horizonte intelectual. A ideologia contida naquele método era a ideologia burguesa, na sua acepção parsoniana.

O *conceito de ideologia*, aqui tratado, nada tem a ver com mentira, falsificação ou mistificação: não é *a vontade* de conhecer a *verdade*, por parte dos economistas clássicos ou dos pesquisadores da saúde, que está em questão, mas a possibilidade de conhecê-la a partir de sua problemática e no quadro de seu horizonte de classe. Isso não impede que, no interior desses limites, essa busca possa produzir conhecimentos científicos importantes: a ideologia burguesa não implica na negação de toda a ciência, mas na existência de barreiras que restringem o campo de visibilidade cognitiva⁹.

Ao final da década de setenta e na década de oitenta, a incorporação de outras correntes filosóficas pelos pensadores da área da saúde, enquanto possibilidade de elucidação científica das teorias utilizadas, bem como a compreensão de que todas as teorias guardam estreita relação com a visão de mundo, permitiram revisitar aquela metodologia sistematizadora da assistência de enfermagem na arena da saúde coletiva. A inquietação surgiu pela própria resistência dos objetos fenomênicos ao instrumento de intervenção: era preciso analisar mais do que o instrumento (ferramenta) em si e foi preciso decifrar o próprio saber-ideológico que recortava e elegia tal instrumento.

Nascido assim, o método proposto foi sendo desenvolvido e refinado e, nesse refinamento, foi sendo modificado, tal como o foram os pressupostos

9. Cf. Löwy, 1987, p. 104.

que orientavam a sua operacionalização, não somente para mediar as ações assistenciais ditas diretas de enfermagem, mas, e principalmente, como um método capaz de dar conta da apreensão e da intervenção em diferentes fenômenos-objetos com os quais a enfermagem se confronta, em sua prática.

Vistas assim, as possibilidades focais, ou focos de atenção – indivíduo, família e grupos da comunidade – e as possibilidades fenomênicas mais amplas – assistência, organização de serviços, planificação das ações de saúde, investigação científica – passaram a ser mediadas por essa teoria de intervenção da enfermagem em saúde coletiva.

No campo da ação concreta do enfermeiro em saúde coletiva, esses focos e fenômenos aparecem entrelaçados e articulados, exigindo a atenção para as totalidades que albergam tais partes. Assim como aos pesquisadores é impossível se debruçarem sobre todas as partes interligadas dos fenômenos no processo de totalização, é impossível conceber projetos de trabalho que contemplem, de igual maneira e com a mesma densidade, todos os focos e realidades fenomênicas. No início do processo, basta ao sujeito singular (trabalhador da saúde) compreender as articulações entre as determinações mais gerais e as mais singulares. Ademais, a tarefa de totalização é também uma potencialidade a ser realizada somente através de processos coletivos de construção de conhecimentos e de intervenção na realidade de saúde.

Mas, como escolher o campo privilegiado focal ou fenomênico para iluminar?

Desde que entendida a relação dialética entre as partes, poder-se-ia dizer que qualquer que fosse a escolha, esta poderia levar às transformações do todo, em algum tempo, em algum conteúdo ou em alguma forma. Diante disso, é necessário expor algum critério para a opção do fenômeno-objeto a ser lido na primeira aproximação: esse critério deve estar ancorado na noção de *poder*, enquanto possibilidade e realidade. Explico melhor: dado que as transformações só ocorrem se há vulnerabilidade, ou seja, quando a realidade se apresenta vulnerável às mudanças naquele momento presente ou no futuro imediato, o poder é também conferido precisamente por esta mesma vulnerabilidade. É sempre relevante lembrar que, na relação sujeito-objeto, tanto um quanto o outro apresentam a vulnerabilidade para que ocorram mudanças. O sujeito dessas relações não é sempre o indivíduo, ou melhor, é o indivíduo-coletivo. Exemplificando, a vulnerabilidade pode estar localizada no saber-poder institucional, onde o sujeito indivíduo-coletivo pode estar revestido de um poder maior de intervir através de sua ação práxica singular.

Para a teoria política, o poder é um problema capital, e seu conceito – um dos mais controversos – não chegou a ser produzido por Marx, Engels, Lenin e Gramsci. Foi Poulantzas (1977:95) quem, baseado em Marx e Engels, disse que as relações entre as classes sociais são relações de poder, na medida que têm, como lugar de constituição, o campo circunscrito pelas relações sociais. Em outras palavras, o poder não está situado no nível das estruturas e, ao se falar em poder de Estado, “não se pode indicar com isso o modo de articulação e intervenção do estado nos outros níveis de estrutura, mas sim o poder de uma classe determinada, a cujos interesses o Estado corresponde, sobre outras classes sociais”. Portanto, para o autor, o poder é a capacidade de uma classe social realizar os seus interesses objetivos específicos.

O poder aqui referido é aquele conceitualizado por Foucault (1985): em não se tratando de uma coisa, só existe em termos de relação entre um pólo que exerce o poder e o outro pólo sobre o qual este se exerce e ao qual pode obedecer ou resistir. Nessa explicação, o autor inverte o caminho para explicar o poder do Estado, a partir do sujeito.

Eibenschutz sustenta que a base material dessa relação de poder está na materialidade dos corpos humanos. O poder se enraiza nos indivíduos, em seus corpos, em todos os indivíduos vivos, como uma relação bipolar. Esta conceituação inverte totalmente o que até agora se entendia como poder, por exemplo, e, para aclarar a idéia, este posicionamento significa que o Estado não é o dono do poder da sociedade, mas todos e cada um dos cidadãos são donos de seu próprio poder, que é a raiz da materialidade de seus corpos; e o que o Estado faz é encontrar a maneira de se apropriar destes corpos e obrigá-los (coerção) ou convencê-los (consenso e legitimidade) a obedecer ao Estado em função do Direito”¹⁰.

Este conceito de poder é aplicável não somente ao Estado, mas também às relações entre indivíduos ou grupos sociais. As relações de cooperação, assim como as de exploração, são relações de poder. A diferença é que as primeiras são baseadas na necessidade, enquanto que as de exploração são baseadas no conflito e na desigualdade, o que torna mais aparente seu caráter de dominação e, portanto, de poder.

Em síntese, no processo de intervir sobre a realidade objetiva, trata-se de encontrar os pontos de fragilidade de poder das classes dominantes, introduzindo ali os projetos políticos das classes subalternas, pela confrontação e substituição dos interesses específicos.

O quadro III mostra a relação entre as partes de um fenômeno com a totalidade maior ou menor, isso porque, quando se elege um foco de intervenção não se deve esquecer de sua relação com outros fenômenos.

10. Eibenschutz, 1991. (A tradução é da autora.)

QUADRO III
Relação entre partes de um fenômeno com a
totalidade maior e menor

Processo de Trabalho Dimensões	Assistência I \longleftrightarrow C	Ensino (Qualificação da força de Trabalho)	Gestão – Administração – Organização – Planejamento – Avaliação
Estrutural	(Perfis epidemiológicos) Formação Social Estruturação da Sociedade	Organização Qualificação Força de Trabalho em saúde	Organização Nacional para produção Serviços de Saúde
Particular	(Diferencial de perfis) Classes/ Frações Grupos	Organização Qualificação Força de Trabalho em Enfermagem	Organização Regional para produção de Serviços em Saúde Destaques para Diretrizes Ações de Enfermagem
Singular	(Processo específico de adoecer e morrer) Grupos/ Famílias/ Indivíduos (Significados)	Organização Qualificação Força de Trabalho de Nível Médio Superior Pós-Graduação	Organização Local para Produção de Serviços em Saúde Destaque para Ações Enfermagem

I \longleftrightarrow C = dialética do individual e coletivo

Escolhi para essa compreensão três objetos possíveis de intervenção, dentro de diferentes processos de trabalho: assistência, ensino (qualificação da força de trabalho) e planificação (enquanto elemento de gestão).

A assistência, no seu sentido mais estrito, pode ser enfocada nos indivíduos, nas famílias e nos grupos. No seu sentido mais amplo, referente à coletividade, ela assume o caráter mais geral de intervenção nos perfis de morbimortalidade, com suas ações recaindo privilegiadamente na planificação, programação e gestão.

No processo de trabalho assistencial da enfermagem, a dimensão singular refere-se à intervenção direta nos processos específicos de adoecer e morrer dos indivíduos, de suas famílias e de seus grupos. Ressalte-se que a conformação dessa dimensão necessita de dados objetivos dos processos de adoecer e morrer, mas deve-se destacar, também, os dados subjetivos, isto é, o significado que adquire um certo modo de viver e sua correspondente potencialidade em termos de saúde e riscos de adoecer. Essa dimensão está em estreita conexão com a dimensão particular que se refere ao diferencial de perfis por classes, seus estratos e frações. Isso porque, ao visualizar o indivíduo (família e grupos) nas sociedades como a nossa (classistas), as maiores diferenças em termos de necessidades e possibilidades estão reportadas às classes sociais. Na contemporaneidade, é impossível fazer somente distinções por grandes classes sociais, de acordo com o referido por Lenin, senão que por frações de classe, ou grupos sociais homogêneos, representativos de uma dada inserção no processo de trabalho e com uma dada qualidade especial de produzir a vida cotidiana. O modo de produzir a vida cotidiana irá definir com maior precisão a qualidade de saúde (real e potencial) desses grupos. Essas classes sociais e seus diferentes perfis de saúde-doença estão estreitamente articulados com o modo hegemônico de produção e reprodução social. Significa que estão articulados à dimensão da estrutura com o correspondente perfil epidemiológico geral da sociedade, desta vez, vistos nas diferenças existentes nas grandes regiões geo-econômicas e, ainda, entre as sociedades.

A qualificação do processo assistencial da enfermagem, frequentemente esbarra com a qualificação da sua força de trabalho, pois lidar com o conteúdo de nosso trabalho assistencial - intervenção no processo saúde-doença da coletividade - pressupõe um conjunto de meios para o alcance dessa finalidade. Assim, muitas vezes a intervenção no processo de qualificação da força de trabalho acaba, via indireta, qualificando a atenção à saúde. Note-se que não se trata de responsabilizar os trabalhadores de saúde pelas condições de saúde da população e, sim, afirmar que a qualidade da intervenção exige a qualificação dos trabalhadores. A relação entre as dimensões neste processo,

portanto, significa que a dimensão singular deve ser exposta através da forma como está organizada a rede de qualificação da força de trabalho em enfermagem, no nível local ou distrital e nos diferentes níveis desta qualificação, ou seja, no nível médio, nível superior e de pós-graduação. A dimensão singular reporta-se imediatamente à dimensão particular (parte da totalidade imediatamente superior), onde deve ser focalizada a organização da rede de qualificação da força de trabalho da enfermagem. Trata-se de expor a confrontação entre a rede de qualificação com as diretrizes regionais desta, tendo sempre em mira a necessidade social retratada nos perfis epidemiológicos da coletividade, consideradas as suas diferentes dimensões. Imediatamente acima, a dimensão estrutural comporta o modo como a sociedade está organizada para a qualificação geral da força de trabalho em saúde, suas políticas e diretrizes e, nessa parcela, o lugar que a enfermagem ocupa ou deverá ocupar no seu projeto histórico de contribuir, enquanto um meio e instrumento dentro do processo de produção dos serviços de saúde.

Quando a ênfase da transformação recai sobre o processo de trabalho de planificação, enquanto um momento privilegiado da gestão, a dimensão singular deve contemplar a organização local da produção de serviços em saúde, com destaque para as ações de enfermagem. Na totalidade imediatamente superior, na dimensão particular, o destaque será dado à organização regional da produção de serviços em saúde com ênfase, desta feita, para as diretrizes e ações da enfermagem. Reportando-se à dimensão estrutural, isto é, à totalidade maior, que se articula à dimensão particular, deve-se relevar a organização nacional para a produção dos serviços de saúde, onde as políticas de saúde devem ser confrontadas com as necessidades de atenção requerida pelos perfis epidemiológicos, considerando neles tanto os perfis de morbimortalidade quanto os perfis de consumo e produção social.

DESDOBRAMENTO OPERACIONAL

O desenvolvimento da TIPESC segue, dentro do seu aspecto metodológico, as etapas ou fases preconizadas por Queiróz e Egry¹¹. Apresentadas de forma sistematizada, não devem perder de vista o caráter de totalidade e de interpenetrabilidade. Observa-se, no entanto, que cada etapa revela um momento hegemônico de abordagem, ou seja, encontra-se mais destacada uma fase em relação às demais, no sentido de seu aprofundamento. Da mesma maneira, emerge o recorte dimensional da realidade objetiva - estrutural, par-

11. Ver Queiróz - Egry, 1988, pp. 28-30.

ticular e singular – em que pese a categoria dimensional da totalidade, iluminando com maior relevância uma em relação às demais. Nesse percurso, importa compreender que tais dimensões fazem parte da mesma totalidade, estando fortemente articuladas entre si e que, sem a visualização de todas, mesmo com destaques distintos, não se pode proceder à totalização do fenômeno¹².

A TIPESC, na sua vertente metodológica, é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção.

As etapas, na sua proposta sistematizadora, são cinco: a) captação da realidade objetiva; b) interpretação da realidade objetiva; c) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva; d) intervenção na realidade objetiva; e) reinterpretação da realidade objetiva.

Os quadros a seguir mostram o desdobramento em fases na perspectiva de seleção de grupos temáticos a serem buscados para a utilização da TIPESC.

Ainda, para a operacionalização da TIPESC é preciso recorrer aos conceitos de categoria analítica e de categoria interpretativa. A categoria analítica “é uma abstração realizada com base no exame de uma realidade – embora parcial, que pode incluir imprecisões e ambigüidades, mas que está fundamentado em experiências concretas – cuja importância é primordial para a investigação, porque não só determina sua orientação geral, como permite sua interpretação correta”¹³.

A categoria interpretativa, por sua vez, significa a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional no sentido de operacionalização metodológica da Teoria, possibilitando laminar o objeto fenomênico considerado dentro da perspectiva da Finalidade de uma dada intervenção no processo de trabalho em tela, ou de um dado elemento constituinte dele. Esta categoria interpretativa, portanto, define eixos ou lâminas de recorte operacional do processo total de intervenção.

12. Cf. Egry, 1990, pp.12-13.

13. Testa, 1992, p. 95.

A. Captação e interpretação da realidade objetiva.

A1. Assistência de enfermagem (Quadro IV)

Toda captação e a correspondente interpretação da realidade objetiva deve abrir, de início, as categorias interpretativas. Quando se referem à investigação, elas são denominadas categorias de análise.

As categorias interpretativas, neste caso, são:

- Dialética da quantidade *versus* qualidade;
- Dialética da situacionalidade *versus* historicidade;
- Dialética da necessidade *versus* casualidade;
- Dialética do conteúdo *versus* forma;
- Dialética entre as categorias sociais classe, raça/etnia e gênero;
- Dialética da alienação *versus* consciência, configurando-se na ideologia;
- Dialética entre as categorias conceituais de sociedade, homem, saúde coletiva, processo saúde-doença, enfermagem, etc.

As categorias interpretativas vão servir, dessa forma, de orientadoras para o recorte do fenômeno nas dimensões estrutural, particular e singular, abrindo temas para captar e posteriormente interpretar a realidade objetiva.

Na dimensão estrutural devem ser minimamente captados e interpretados os temas referentes à sociedade:

- modo de produção;
- políticas sociais e políticas de saúde;
- sistema e instituições de saúde (rede);
- espacialização e distribuição da população e serviços;
- produção e consumo;
- características primordiais das categorias sociais.

Na dimensão particular devem ser captados e interpretados os temas referentes aos macrogrupos sociais:

- classes sociais e frações;
- grupos organizados e em movimento;
- perfis de saúde-doença;
- perfis de consumo simples e ampliado, ou seja, o modo de consumo coletivo para vida e saúde;
- relações sociais de raça/etnia;
- relações sociais intra e entre grupos sociais homogêneos;
- relações sociais de gênero;
- perfis de produção.

Na dimensão singular devem ser captados os temas referentes ao microgrupo e aos indivíduos:

- sobrevivência e aperfeiçoamento no nível do cotidiano;
- expressões e representações do processo saúde-doença.

As expressões e representações do processo saúde-doença são decorrentes do modo específico de viver dos microgrupos, cabendo captar e interpretar a expressão, a representação, a consciência e o horizonte. Os seguintes grupos temáticos auxiliam esta captação:

- trabalho: ambiente físico, vinculação formal/informal, trabalho remunerado/não remunerado, salário/renda, utilização/distribuição da renda, processos, condições e riscos;
- ambiente físico: espaço/uso, propriedade, saneamento, localização X recursos, aparelhamento urbano/rural;
- comunicação (mobilidade, transporte e informação): propriedade/não propriedade, tempo consumido e acesso;
- educação (fontes e maneiras de ampliação da consciência): acesso, educação formal/informal, fontes de obtenção de temática de reflexão;
- gregarismo (relações nos meios familiares e grupais): oportunidade coesão/dispersão, vida reprodutiva;
- prazer (realizações reflexivas ou reiterativas): participação individual ou grupal, fontes de obtenção, tempo, acesso;
- corpo biopsíquico: domínio, desgaste, físico e emocional, sensações (repostas a estímulos), funcionamento dos sistemas (cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, locomotor, sentido, gêniturinário, cutâneo-mucoso);
- alimentação: acesso, qualidade, quantidade, produção e consumo e valores;
- processo saúde-doença: problemas e ou questões de saúde, vias e meios de resolução, valores e hábitos culturais.

QUADRO IV

Captação e Interpretação da Realidade Objetiva Assistência de Enfermagem

Dimensão Cat. Interpretativa	Estrutural	Particular	Singular
Quantidade ↔ Qualidade	(Sociedade)	(Macrogrupos-sociais)	(Microgrupo) J – F – GH
Historicidade ↔ Situacionalidade	<ul style="list-style-type: none"> • modo de produção • políticas sociais e políticas de saúde • sistema e instituições de saúde • espacialização e distribuição: população e serviços • produção e consumo • cat. sociais relevantes (em conjunção com part. e sing.) 	<ul style="list-style-type: none"> • classes sociais e frações • grupos em movimento • perfil de saúde/ doença • perfis de consumo simples e ampliado (modo de consumo coletivo para vida e saúde) • relações sociais • perfis de produção 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevivência e Aperfeiçoamento: no nível do cotidiano (consumo) • Processo saúde/ doença • expressões • representações (Decorrentes do) Modo de viver • expressão • representação • consciência • horizonte 1 – trabalho 2 – ambiente 3 – comunicação: mobilidade-transporte informação 4 – educação
Necessidade ↔ Casualidade			
Conteúdo ↔ Forma			
Categoria Social: Raça/Etnia/Cultura/ e Gênero			
Ideologia Alienação e consciência das categorias conceituais			
Categorias conceituais			<ul style="list-style-type: none"> 5 – gregarismo (fam. e grupos) 6 – prazer 7 – corpo biopsíquico 8 – alimentação

J – F – GH = Indivíduo – Família – Grupo Homogêneo

A2. Organização e desenvolvimento do processo de trabalho assistencial da enfermagem. (Quadro V).

Enquanto um instrumento do processo de trabalho da enfermagem, a assistência de enfermagem está intimamente articulada aos processos de organização e desenvolvimento, ou seja, a assistência não é um ato isolado de um agente frente ao indivíduo ou grupo, senão que é parte da produção de serviços em saúde e, como tal, deve ter assegurada uma forma de organização que a articule com as demais ações (instrumentos).

As categorias interpretativas desta que simultaneamente abrem temas de captação são:

- Dialética da quantidade *versus* qualidade;
- Dialética da situacionalidade *versus* a historicidade;
- Dialética da necessidade *versus* casualidade;
- Dialética do conteúdo *versus* forma;
- Dialética entre as categorias sociais classe, raça etnia e gênero;
- Dialética da alienação *versus* consciência, configurando-se na ideologia;
- Dialética entre as categorias conceituais de sociedade, homem, saúde coletiva, processo saúde-doença, enfermagem, etc.

Com tais categorias interpretativas, os temas da dimensão estrutural referente às redes ou ao sistema nacional são:

- modo de produção da sociedade;
- políticas públicas, de saúde e de educação;
- sistema de saúde e rede de serviços;
- sistema de vigilância à saúde;
- espacialização e distribuição da população *versus* a espacialização e distribuição dos recursos;
- perfis epidemiológicos diferenciados por agrupamentos sociais;
- formas legais e correntes de controle social (participação da sociedade civil e principalmente os grupos sociais em movimento).

Na dimensão particular encontra-se a instância de aprofundamento das unidades tipo: unidades básicas de saúde, ambulatórios, unidades de internação, unidades especializadas e unidades de gestão e organização do sistema regional ou distrital.

Os temas que mais usualmente podem ser expostos são:

- tipo de subvenção;
- localização e sistema de referência e contra-referência;
- sistema de gestão;
- objetivos e finalidades institucionais;
- composição da força de trabalho;
- programas e atividades;
- fluxograma de atendimento ao usuário;
- outros instrumentos e meios;
- perfis de necessidades assistenciais visualizadas através da: demografia, perfis de saúde-doença, perfil de consumo simples e ampliado e perfil de produção;
 - participação comunitária;
 - teorias e métodos assistenciais de enfermagem;
 - conhecimentos das áreas específicas de atenção: saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde da criança e do adolescente, etc;
 - teorias e métodos de gestão (administração, planejamento, organização e avaliação da qualidade);
 - processos de trabalho específicos dos trabalhadores da saúde.

A dimensão singular destaca a intervenção da enfermagem na assistência em unidades tipo e, nelas, os seguintes temas devem ser considerados:

- distribuição da qualidade e quantidade da força de trabalho;
- participação nos processos decisórios da planificação em saúde e dos processos de trabalho em saúde;
- compreensão do processo de trabalho em saúde e em enfermagem nos seus elementos constituintes (finalidade, meio/instrumento e objeto);
- perfis de atribuições, correlacionados com os processos de trabalho dos distintos níveis de composição da força de trabalho em enfermagem;
- programa e programação, considerados o atendimento dos diferentes focos;
- perfil de indicadores de qualidade, processos de desenvolvimento e avaliação da qualidade de assistência;
- formas e processos de desenvolvimento da qualidade da força de trabalho em enfermagem no nível extra- formação;
- representações e expressões do saber-fazer.

QUADRO V

Captação e Interpretação do Fenômeno Organização e Desenvolvimento do Processo de Trabalho Assistencial da Enfermagem

Cat. Interpretativa	Estrutural	Particular	Singular
<p>Quantidade ↔ Qualidade</p> <p>Historicidade ↔ Situacionalidade</p> <p>Necessidade ↔ Casualidade</p> <p>Conteúdo ↔ Forma</p> <p>Categorias Sociais: Classe Social/ Raça/ Etnia, Gênero</p> <p>Ideologia — Consciência ↔ Alienação</p> <p>Categorias Conceituais</p>	<p>(Rede Nacional-Sistema)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modo de produção • Políticas Sociais e de Saúde • Políticas de educação • Espacialização e distribuição da população, serviços e recursos humanos em saúde • Sistema de saúde • Vigilância à saúde • Perfis epidemiológicos diferenciais por categorias sociais • Controle social 	<p>(Unidade Tipo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituição: UBS, AMB, UI, Outros. • Subvenção • Localização - Relação com os Sistemas de referência e contra referência <p>Processo Trabalho Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Gestão • Objetivos e Finalidades • Composição Força Trabalho • Fluxograma usuário • Programas e atividades • Instrumentos/ Meios • Perfil Necessidades Assistenciais <ul style="list-style-type: none"> - Demografia - Perfil Saúde/ Doença - Perfil de Consumo simples e ampliado - Perfil de produção e reprodução • Participação comunitária • Teorias/ Métodos de Assistência de Enfermagem • Conhecimentos sobre áreas específicas de atenção: SM, SC, SA, SAd. • Teorias/ Métodos de gestão (administração e planificação em saúde) 	<p>Intervenção da Enfermagem na Assistência/ Aérea Tipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuição da Força de Trabalho • Participação no processo de trabalho em saúde • Processo de trabalho - Finalidade - Instrumento (saber) - Objeto • Funções e atividades • (Correlacionar com processo de trabalho e categorias profissionais) Programas/ Programação (Modalidades Focos) • Avaliação da qualidade • Educação Contínua/ <p>Desenvolvimento da Qualidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representação e expressões do saber-fazer
<p>UBS – Unidade Básica de Saúde</p> <p>AMB – Ambulatório</p> <p>UI – Unidade de Internação</p>			

A3. Organização e estruturação do processo de trabalho de produção dos serviços de saúde. (Quadro VI)

Enquanto um momento do processo de produção em saúde, o trabalho da enfermagem, a assistência de enfermagem, bem como as formas de organização desta estão intimamente articuladas. Os processos de organização e desenvolvimento da assistência de enfermagem e a própria prestação dessa assistência não são atos isolados de um conjunto de agentes frente à coletividade, senão que fazem parte da produção de serviços em saúde e, como tais, devem ter assegurada uma forma de organização que os articule com as demais ações (instrumentos).

As categorias interpretativas desta que simultaneamente abrem temas de captação são:

- Dialética da quantidade *versus* qualidade;
- Dialética da situacionalidade *versus* a historicidade;
- Dialética da necessidade *versus* casualidade;
- Dialética do conteúdo *versus* forma;
- Dialética entre as categorias sociais classe, raça/etnia e gênero;
- Dialética da alienação *versus* consciência, configurando-se na ideologia;
- Dialética entre as categorias conceituais de sociedade, homem, saúde coletiva, processo saúde-doença, enfermagem, etc.

Com tais categorias interpretativas, os temas da dimensão estrutural referente à rede ou sistema nacional são:

- modo de produção da sociedade;
- políticas públicas, de saúde e de educação;
- sistema de saúde e rede de serviços;
- sistema de vigilância à saúde;
- espacialização e distribuição da população *versus* espacialização e distribuição dos recursos;
- perfis epidemiológicos diferenciados por categorias sociais;
- formas legais e correntes de controle social (participação da sociedade civil e principalmente os grupos sociais em movimento).

Na dimensão particular encontra-se a instância de aprofundamento da Rede Distrital ou Regional. Os temas que mais usualmente podem ser expostos são:

- demografia (perfil e características);

A3. Organização e estruturação do processo de trabalho de produção dos serviços de saúde. (Quadro VI)

Enquanto um momento do processo de produção em saúde, o trabalho da enfermagem, a assistência de enfermagem, bem como as formas de organização desta estão intimamente articuladas. Os processos de organização e desenvolvimento da assistência de enfermagem e a própria prestação dessa assistência não são atos isolados de um conjunto de agentes frente à coletividade, senão que fazem parte da produção de serviços em saúde e, como tais, devem ter assegurada uma forma de organização que os articule com as demais ações (instrumentos).

As categorias interpretativas desta que simultaneamente abrem temas de captação são:

- Dialética da quantidade *versus* qualidade;
- Dialética da situacionalidade *versus* a historicidade;
- Dialética da necessidade *versus* casualidade;
- Dialética do conteúdo *versus* forma;
- Dialética entre as categorias sociais classe, raça/etnia e gênero;
- Dialética da alienação *versus* consciência, configurando-se na ideologia;
- Dialética entre as categorias conceituais de sociedade, homem, saúde coletiva, processo saúde-doença, enfermagem, etc.

Com tais categorias interpretativas, os temas da dimensão estrutural referente à rede ou sistema nacional são:

- modo de produção da sociedade;
- políticas públicas, de saúde e de educação;
- sistema de saúde e rede de serviços;
- sistema de vigilância à saúde;
- espacialização e distribuição da população *versus* espacialização e distribuição dos recursos;
- perfis epidemiológicos diferenciados por categorias sociais;
- formas legais e correntes de controle social (participação da sociedade civil e principalmente os grupos sociais em movimento).

Na dimensão particular encontra-se a instância de aprofundamento da Rede Distrital ou Regional. Os temas que mais usualmente podem ser expostos são:

- demografia (perfil e características);

- descrição geopolítica;
- equipamentos de saúde e educação (formais/não formais, público e privado);
- outros equipamentos sociais, urbanos ou rurais;
- acessibilidade da coletividade aos equipamentos;
- diretrizes, objetivos e finalidades institucionais;
- composição da força de trabalho;
- perfis de necessidades assistenciais visualizadas através da: demografia, perfis de saúde-doença, perfil de consumo simples e ampliado e perfil de produção;
- participação comunitária;
- definição das áreas específicas de atenção em consonância ao perfil epidemiológico;
- teorias e métodos de gestão (administração, planejamento, organização e avaliação da qualidade);
- processos de trabalho específicos dos trabalhadores da saúde.

Na dimensão singular são expostos os temas relativos à unidade tipo (unidades básicas de saúde, ambulatórios, unidades de internação, unidades especializadas, etc.):

- tipo de subvenção;
- localização e sistema de referência e contra-referência;
- sistema de gestão;
- objetivos e finalidades institucionais;
- composição da força de trabalho;
- programas e atividades;
- fluxograma de atendimento ao usuário;
- outros instrumentos e meios;
- perfis de necessidades assistenciais visualizadas através da: demografia, perfis de saúde-doença, perfil de consumo simples e ampliado e perfil de produção;
- participação comunitária;
- teorias e métodos assistenciais em saúde;
- conhecimentos das áreas específicas de atenção: saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde da criança e do adolescente, etc;
- teorias e métodos de gestão (administração, planejamento, organização e avaliação da qualidade);
- processos de trabalho específicos dos trabalhadores da saúde.

QUADRO VI

Captação e interpretação do fenômeno da estruturação do processo de trabalho de produção dos serviços de saúde

Dimensão Cat. Interpretativa	Estrutural	Particular	Singular
<p>Quantidade Qualidade</p> <p>Historicidade Situacionalidade</p> <p>Necessidade Casualidade</p> <p>Conteúdo — Forma</p> <p>Categorias Sociais</p> <p>Classe Social</p> <p>Raça/ Etnia, Gênero</p> <p>Ideologia- Consciência</p> <p>Alienação</p> <p>Categorias Conceituais</p>	<p>(Rede Nacional= Sistema)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modo de produção • Políticas Sociais e de Saúde • Políticas de educação Espacialização e distribuição população, serviços, Recursos Humanos em Saúde • Sistema de Saúde • Vigilância à saúde • Perfil Epidemiológico Diferencial por Categorias Sociais • Controle Social 	<p>(Rede Distrital/Regional)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demografia • Descrição geopolítica • Equipamentos de Saúde e Educação (formais, não formais Público, Privado) • Outros Equipamentos Sociais Urbanos e Rurais • Acessibilidade e uso de diretrizes 	<p>(Unidade Tipo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituição: UBS, AMB, UI, outros • Localização-Relação com os sistemas de referência e contra referência • Sistema de Gestão • Objetivos e Finalidades • Composição Força Trabalho • Programas e Atividades • Fluxograma-usuário • Instrumentos/meios assistenciais • Perfil necessidades -Demografia -Perfil Saúde/ Doença -Perfil de Consumo -Simples e Ampliado -Perfil de Produção e Reprodução • Participação Comunitária
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>UBS – Unidade Básica de Saúde</p> <p>AMB – Ambulatório</p> <p>UI – Unidade de Internação</p> </div>		

B. A construção do projeto de intervenção, a intervenção e a reinterpretação da realidade objetiva. (Quadro VII)

Percorridas as etapas de captação e interpretação da realidade objetiva, muitas contradições já devem estar evidenciadas. Os projetos de intervenção a serem elaborados não têm a perspectiva de buscar a superação de todas as contradições, pois é preciso definir a vulnerabilidade do fenômeno à transformação. Nessa análise da vulnerabilidade, algumas contradições surgem como as que têm mais elementos teórico-práticos de superação, sendo que estas é que serão primeiramente enfocadas. Três elementos devem ser considerados na construção do projeto de intervenção:

- a hierarquia das superações de acordo com o grau de vulnerabilidade de forma, espaço e conteúdo;
- a definição de metas, objetivos, estratégias e níveis de assunção da intervenção;
- a elaboração do projeto em bases operacionais que contemplem a base teórico-metodológica.

Desde a formulação inicial do projeto, devem aparecer os indicativos de captação de novos temas que não foram recolhidos na primeira captação e que foram vislumbrados durante a etapa da interpretação. É comum que tais temas se refiram à necessidade de atualização de conhecimentos ou à construção e revisão de conhecimentos atinentes à enfermagem e ao processo saúde-doença. Não se trata de defeito da captação, é apenas a ampliação possibilitada pela exposição das contradições nesse primeiro movimento. Convém lembrar que o processo de apreensão da realidade percorre um caminho “dialético-espiral”, no qual, à medida em que vão sendo elucidadas algumas questões, outras se apresentam, num processo contínuo de busca da totalização.

Na prática, a aplicação do projeto de intervenção é a intervenção propriamente dita. Ela será tanto mais factível quanto mais as etapas anteriores forem realizadas com cuidado, ou seja, com a real descoberta das contradições dialéticas. Se as contradições expostas forem lógicas (não dialéticas), convém novo reposicionamento, revisando cuidadosamente o projeto de intervenção.

Alguns cuidados devem ser tomados no desenvolvimento dessa etapa:

- Buscar não deixar hiato entre o conhecimento necessário para a intervenção e o conhecimento que efetivamente se possui, o que significa que toda intervenção que demande um conhecimento mais aprofundado ou novo deve prever que a qualificação se consolide antes de se empreender uma nova etapa;

- Reportar os projetos de intervenção à totalidade superior, por menor foco que busquem lidar, o que significa que devem ser visualizadas as intervenções nos distintos níveis e, na medida do possível, projetadas antecipadamente;

- Atentar para novos temas de captação e interpretação que podem surgir durante a etapa de intervenção;

- Incorporar, na medida da possibilidade, os dados que forem captados durante a própria intervenção, principalmente aqueles referentes aos temas da dimensão singular dos processos.

- Finalmente, ter como horizonte da intervenção o refinamento dos modelos práticos, ou seja, buscar na dialética teoria-prática a âncora para o desenvolvimento desta etapa.

A etapa da reinterpretação da realidade objetiva é a fase em que são avaliados os processos e os produtos da intervenção. Quanto mais cuidadosa for a apreciação do processo e do produto, maior será o potencial de projeção de futuras transformações dos sucessivos movimentos de intervir na realidade.

Assim, essa etapa compreende:

- assunção e compreensão das mudanças e das não-mudanças;
- compreensão das representações sociais acerca das transformações e das não-transformações vivenciadas;
- visualização das contradições entre o projetado e o real;
- avaliação do impacto da intervenção sobre os perfis;
- redirecionamento de novos projetos;
- redirecionamento dos processos;
- avaliação da qualidade e oportunidade de participação dos agentes;
- seleção de indicativos para a construção de: novos projetos, conhecimentos, instrumentos e estratégias.

QUADRO VII
Construção do Projeto de Intervenção,
Intervenção e Reinterpretação da Realidade Objetiva

CONSTRUÇÃO DO PROJETO	INTERVENÇÃO NA R.O. (AÇÃO)	REINTERPRETAÇÃO DA R.O. (AVALIAÇÃO DO PROCESSO E DO PRODUTO)
<p>Hierarquia das superações projetadas: vulnerabilidade de forma, espaço e conteúdo</p> <p>Definição de metas, objetivos, estratégias, níveis de assunção da intervenção</p> <p>Elaboração de projeto (descrição)</p> <ul style="list-style-type: none"> • base teórico-metodológica; descrição do objeto, instrumentos; avaliações parciais • Descrição de novos temas de captação durante a execução 	<p>Execução do projeto: qualificação para a compreensão ampliada das competências</p> <p>Simultaneidade das intervenções em níveis distintos</p> <p>Detecção de novos temas de captação e intervenção</p> <p>Refinamentos dos modelos práticos</p> <p>Incorporação de dados captados</p>	<p>Apreciação crítica: processo x produto</p> <ul style="list-style-type: none"> • mudanças nos perfis • competências • assunção e compreensão das mudanças • representação social das transformações vivenciadas <p>Contradições entre o o projetado e o real</p> <p>Impacto sobre o perfil</p> <p>Projetos novos</p> <p>Redirecionamento do processo</p> <p>Participação</p> <p>Construção de novos projetos</p> <p>Construção de novos conhecimentos</p> <p>Construção de novos instrumentos</p> <p>Construção de novas estratégias</p>

CONHECIMENTOS CONDUTORES DA INTERNALIDADE

Por ser uma teoria de superação prática, a TIPESC recorre a outras teorias, disciplinas e conhecimentos para dar suporte à condução de sua operacionalização, iluminando sua forma e conteúdo (internalidade). As diferentes teorias filiadas à mesma base filosófica, na maioria das vezes, podem dar suporte de forma diferenciada em diferentes momentos da aplicação da TIPESC. Reporto-me à questão da base filosófica, pois, na maioria das vezes, e não na totalidade, isto pode ocorrer, uma vez que algumas teorias vinculadas e construídas dentro do positivismo ainda não estão superadas.

Ao recorrer a elas é preciso estar atento aos limites do horizonte de transformação e superá-los com o apoio de outras teorias. Tal é o caso do modelo clínico quando se refere ao processo específico de explicitação biopsíquica da morbidade. Nesse caso, a superação dar-se-á através da compreensão do biopsíquico, enquanto um nexos que exprime os sofrimentos e desgastes do modo singular de trabalhar e de viver que, por sua vez, é sobredeterminada pela inserção deste corpo num dado modo de produção.

Para a enfermagem brasileira, o modelo teórico de Wanda de Aguiar Horta, dentro do marco conceitual da Teoria de Necessidades Humanas Básicas da autoria de Maslow, deve ser revisto no limite de seu horizonte intelectual que confere um caráter a-histórico e a-temporal, inserindo aí as considerações acerca das necessidades sociais de Heller, já mencionadas nos capítulos anteriores.

Além das teorias, o conhecimento advindo de diferentes disciplinas apoiará a condução da internalidade do processo.

A disciplina que fortemente subsidia a delimitação do objeto da intervenção da enfermagem em saúde coletiva é a epidemiologia social. Baseada numa visão materialista histórica e dialética de ver o mundo, desenvolve-se em torno do esforço para explicar os problemas de saúde-doença em sua determinação social e, dessa forma, toma como objeto de estudo o fenômeno saúde-doença enquanto um processo particular da sociedade. Para buscar compreender as determinações científicas que operam sobre a vida social, a epidemiologia social recorre ao estudo sistemático de: a) processos estruturais da sociedade; perfis de reprodução social, englobando a produção e o consumo dos diferentes grupos sociais, com as correspondentes peculiaridades - as potencialidades de saúde e sobrevivência e os riscos ou contra-valores de adoecer e morrer; expressões singulares dos nexos biopsíquicos resultantes da forma específica de responder às peculiaridades particulares¹⁴.

14. Breilh, 1986; Laurell, 1983.

Adicionalmente, a teoria das necessidades sociais de Agnes Heller subsidia o entendimento mais ampliado do consumo nas duas expressões: valores e contra-valores. A introdução desses dois conceitos é a chave para a compreensão dos determinantes históricos e sociais do consumo, quer seja para a sobrevivência ou para o aperfeiçoamento, reconstruindo, dessa forma, a historicidade da incorporação de valores e contra-valores ao longo das transformações das práticas de saúde, institucionalizadas ou não. Justamente as práticas não institucionalizadas e, por vezes, até em oposição aos serviços de saúde, por serem expressões históricas de valores ancestrais, detêm um significado particular na compreensão das diferentes maneiras de resistência às transformações. Dado que em nossa sociedade as transformações da prática sanitária obedecem de forma majoritária a uma determinada lógica racionalizadora – que nem sempre responde às necessidades sociais de saúde da coletividade – algumas práticas são subversões das instituídas oficialmente de forma a manter a resistência. Mas não é sempre assim: outras práticas não institucionalizadas não possuem este caráter de resistência, senão que representam puramente a defasagem histórica de conhecimentos já superados, cujas inovações ou superações ainda não se encontram acessíveis ao alcance da maioria da população.

Enquanto instrumentos do processo de trabalho, muitos são os conhecimentos que sustentam a transformação do objeto: teoria do agir comunicativo, enfoque da distritalização, enfoque por problemas, planejamento estratégico e a interdisciplinaridade.

Início explanando acerca do enfoque por problemas. Entende-se por problema “a formulação para um ator social de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência”¹⁵.

A confrontação de conceitos, teorias, métodos e técnicas com a realidade objetiva determina o que vem a ser considerado problema de saúde, quer no plano individual, quer no plano coletivo. O enfoque por problemas significa atuar no marco dessa confrontação e estabelecer as condições operacionais para que se dê a sua superação na prática histórica conjunta dos diferentes atores sociais.

A concepção de Distrito Sanitário, diferente da concepção topográfico-burocrática, é orientada por uma compreensão da espacialização enquanto processo social, ou seja, que define um certo espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados nesse espaço. Por isso é que, desse

15. Matus, 1988.

ponto de vista, o Distrito Sanitário se constitui em um processo social de transformação das práticas sanitárias¹⁶.

A interdisciplinaridade é uma condição para se valer do enfoque por problemas, distinguindo-se da multidisciplinaridade e da pluridisciplinaridade. Os dois últimos conceitos dão a idéia de que ocorre uma justaposição de duas ou mais disciplinas, sem integração conceitual ou metodológica.

Loureiro (1992) explica melhor a diferenciação acima referida:

- Disciplina: é um corpo de conhecimentos específico, transmissível, com a sua própria referência educacional, procedimentos de aprendizagem, métodos e áreas de conteúdo;
- Multidisciplinaridade: é a justaposição de várias disciplinas, algumas vezes sem conexão entre elas;
- Pluridisciplinaridade: é a justaposição de disciplinas que são mais ou menos relacionadas;
- Interdisciplinaridade: é a interação de duas ou mais disciplinas diferentes. Esta interação pode ser uma simples comunicação de idéias até uma integração mútua de conceitos, métodos, procedimentos, epistemologia, terminologia, dados e organização da investigação e do ensino em áreas amplas;
- Transdisciplinaridade: é o estabelecimento de um sistema comum de axiomas para um conjunto de disciplinas.

A interdisciplinaridade responde às necessidades sociais traduzidas no desenvolvimento de novos paradigmas para o avanço do conhecimento científico, na reação à fragmentação do conhecimento, na racionalização de recursos das universidades e institutos de pesquisa e nas demandas da sociedade para dar resposta aos problemas concretos¹⁷.

De acordo com Boissot (1972), a interdisciplinaridade refere-se sobretudo à possibilidade de integração/interação entre conjuntos disciplinares caracterizados ou constituídos através dos seguintes elementos: objetos observáveis e/ou objetos passíveis de transformação através de métodos e procedimentos; fenômenos (aparência) que expressam a exterioridade das interações entre os objetos; leis cujos enunciados e formulações dependem de um conjunto de axiomas que apreendem o objeto fenomênico (na aparência e na essência) e que permitem prever as vulnerabilidades de transformação.

A teoria da ação comunicativa de Habermas está fundamentada no entendimento de que a apreensão da prática científica é uma contribuição necessariamente múltipla de diversos sujeitos portadores de projetos e de poderes também diversos. Desse modo, a busca do esclarecimento é uma

16. Cf. Mendes, 1994, pp. 161-170.

17. Cf. Loureiro, 1992, p. 6.

grande construção coletiva, realizada por meio do diálogo entre os diversos discursos sobre a realidade. Tais discursos são resultantes da interação entre os diferentes horizontes interpretativos dados pela vivência concreta dos sujeitos, de acordo com os distintos poderes que compartilham na organização social da vida. Para o autor, a verdade assume a forma de um discurso comunicativamente operante e que se legitima na capacidade de estabelecer uma comunicação efetiva. A efetividade está em implementar e enriquecer a autenticidade dos conteúdos compartilhados intersubjetivamente¹⁸.

O agir comunicativo “pode ser compreendido como um processo circular no qual o ator é as duas coisas ao mesmo tempo: ele é o iniciador, que domina as situações por meio de ações imputáveis; ao mesmo tempo, ele é, também, o produto das tradições nas quais se encontra, dos grupos solidários aos quais pertence e dos processos de socialização nos quais se cria”¹⁹.

A propósito dessa questão, Ayres (1994) afirma que “nas interações que medeiam a construção de uma ciência como a epidemiologia, o núcleo mesmo de sua historicidade encontra-se nestas experiências ao mesmo tempo reveladas e ocultadas pelos seus constructos conceituais. (...) Um projeto epistemológico consistente não pode desconsiderar (...) a dialética das representações”.

Assim, a “posição habermasiana tem como principal preocupação a relação entre valor e conhecimento. Para isso toma a linguagem na perspectiva da ação dos sujeitos, das suas ‘vontades’, condição primária de possibilidade da história. De acordo com Habermas, a estruturação lingüística da experiência já carrega consigo, em certa medida, determinados valores e competências discursivos, isto é, assimetrias de poder entre os diversos sujeitos que interagem pela linguagem na formação dos discursos”.

A aplicação do conceito habermasiano foi realizada por Matus, a propósito da planificação estratégico-situacional. Rivera critica o entendimento do conceito de comunicação, ressaltando a diferença que Habermas expõe entre o agir estratégico e o agir comunicativo. Eles expressam formas de comunicação bem distintas, onde o agir comunicativo é orientado para o entendimento e o estratégico para o êxito²⁰.

A perspectiva de dimensionar a finalidade do processo de intervir da enfermagem em saúde coletiva pode ser apoiada pelo pensamento estratégico em saúde de Mário Testa²¹.

18. Cf. Habermas, 1990.

19. Habermas, 1989, p. 166.

20. Cf. Rivera, 1992, pp. 53-60.

21. Cf. Testa, 1992; V. tb. Rivera, 1989, p. 187.

O pensamento estratégico em saúde, surgiu na década de 70, na América Latina, principalmente como uma contraposição ao planejamento normativo. Sua questão nuclear era a de unificar o técnico ao político, ambos historicamente situados. Nascida sob o arcabouço teórico de Matus, economista chileno, autor do conhecido planejamento estratégico-situacional, além de possibilitar a reflexão e a prática do planejamento em saúde, busca revisar, desde o olhar da base sobre a qual se destina a ação programática, os princípios e métodos de ação.

Matus, ao delinear o planejamento estratégico-situacional, pensado e aplicado no campo da economia e não propriamente do setor saúde, utilizou a descrição e a explicação dos fatos da realidade em três níveis: a) plano da fenoprodução ou da produção dos fatos, ou seja, o fluxo dos fatos tal como são percebidos enquanto fenômenos; b) plano das fenoe estruturas ou das acumulações no sentido amplo, ou seja, econômicas, políticas e ideológicas, correspondendo à cristalização dos fatos em formas de poder, que condicionam a produção dos fatos. Refere-se aos atores e às organizações sociais; c) plano da genoestrutura ou das leis básicas, isto é, do modo de produção, da estrutura jurídico-política e das formas ideológicas que determinam a variedade dos dois anteriores²².

Castellanos (1987) propõe uma forma de aproximação com o processo saúde-doença, definindo e explicando seus propósitos a partir de três dimensões da realidade: “a) o espaço singular, que expressa a variação dos fatos entre indivíduos ou entre agrupamentos populacionais por atributos individuais; é o espaço de um problema de saúde; b) o espaço particular, que expressa variações entre grupos sociais de uma mesma sociedade e em momento dado (grupos que diferem em suas condições objetivas de existência); é o espaço da saúde de um grupo de população; c) o espaço geral, que expressa os fluxos de fatos que correspondem à sociedade em geral”²³.

A aplicação do enfoque estratégico na programação local é descrita por Rivera (1989). O autor contrapõe a programação local subordinada ao método Cendes-OPS (OPS-OMS, 1965), de caráter normativo, amplamente utilizado na América Latina. Pode-se afirmar que toda uma geração de técnicos de saúde (os da chamada saúde pública) foi, de alguma maneira, instruída no planejamento normativo. A programação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo foi baseada no desdobramento do método Cendes-OPS.

Os pressupostos epistemológicos e metodológicos dessa nova proposta são: a) a programação definida como um espaço do planejamento determinado pela menor agregação de seu objeto (geográfico e de informação), pela sua localização institucional na periferia e pela menor abrangência temporal de

22. Cf. Matus, 1987, apud Rivera, 1989, pp. 187-188.

23. Castellanos, 1987, apud Rivera, 1989, pp. 187-188.

sua proposta. A programação deve ser entendida como um momento do planejamento e ocorre ciclicamente em movimento incessante de produção e reconstrução; b) a direcionalidade da programação deve surgir dentro dele. Uma vez definida, a direcionalidade é seu marco de referência na definição dos problemas. Equivale dizer que não há um diagnóstico universal e que a forma de explicar depende do olhar do sujeito; c) a programação deve transbordar os limites dos fenômenos e penetrar na rede de causalidade mais profunda, implicando, portanto, em ultrapassar os limites do setorial. Trabalhar prioritariamente com problemas (sentido amplo) e com programas e modalidades assistenciais de grupos populacionais definidos no espaço particular; d) a programação local e regional deve participar do mesmo movimento operacional, ou seja, de comparação e síntese, para assegurar o cumprimento da diretriz de integração institucional e programática; e) deve comportar um movimento de descentralização do aparelho institucional que garanta a participação efetiva da população²⁴.

A compreensão do planejamento estratégico em saúde refere-se à produção de serviços que visam responder às necessidades contidas nas demandas sociais, isto é às necessidades sociais.

O significado mais preciso das necessidades sociais referidas, até o presente momento, encontra em Heller a sua base teórico-filosófica. Seu desdobramento em necessidades relativas ao indivíduo ou ao coletivo, polêmica estabelecida em nosso campo de atuação, é respondida de maneira bastante elucidativa na parte referente à “particularidade, individualidade, socialidade e genericidade”²⁵.

Netto e Carvalho, (1994: 64-66), ao decodificar essa teoria para a prática social, referido ao serviço social, explica as determinações fundamentais dela: a) não há sociedade sem cotidianidade, não há homem sem vida cotidiana e, enquanto espaço-tempo de constituição, produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana não pode ser eliminada; b) o cotidiano não se desloca do histórico, antes é um dos seus níveis constitutivos, ou seja, o nível em que a reprodução social se realiza na reprodução dos indivíduos enquanto tais.

Para Lukács, as determinações fundamentais da cotidianidade são:

a) a *heterogeneidade*: a vida cotidiana configura o mundo da heterogeneidade. Interseção das atividades que compõem o conjunto das objetivações do ser social, o caráter heteróclito da vida cotidiana constitui um universo em que, simultaneamente, se movimentam fenômenos e processos de natureza compósita (linguagem, trabalho, interação, jogo, vida política e vida privada, etc.); b) a *imediatez*: como os homens estão *agindo* na vida cotidiana e esta ação significa *responder ativamente*, o padrão de comportamento próprio da cotidianidade é a relação direta entre o pensamento e a

24. Cf. Rivera, 1989, pp. 179-222.

25. Heller, 1970, pp. 19-93.

ação; a conduta específica da cotidianidade é a conduta *imediate*, sem a qual os automatismos e o espontaneísmo necessários à reprodução do indivíduo enquanto tal seriam inviáveis; c) a *superficialidade extensiva*: a vida cotidiana mobiliza em cada homem todas as atenções e todas as forças, mas não toda a atenção e toda a força; a sua heterogeneidade e imediatividade implicam que o indivíduo responda levando em conta o *somatório* dos fenômenos que comparecem em cada situação precisa, sem considerar as *relações* que os vinculam”²⁶.

De acordo com Netto, esses componentes ontológico-estruturais da vida cotidiana ganham importância primária na existência de todo e cada indivíduo, pois nenhuma existência individual cancela a cotidianidade. “As determinações da cotidianidade fazem com que cada indivíduo só se perceba como ser *singular*, (...) a dimensão genérica (a referência à pertinência ao humano-genérico) aparece subsumida, na vida cotidiana, à dimensão da singularidade. A vida cotidiana não equivale à vida privada, mas à vida equacionada a partir da perspectiva estrita da singularidade”.

O homem atua, nas suas objetivações cotidianas, como um homem inteiro, mas sempre no âmbito da singularidade. O acesso à consciência (humano-genérica) não se realiza neste plano. Ele só se dará quando o indivíduo superar a singularidade, “quando ascende ao comportamento no qual não joga *todas as suas forças*, mas joga *toda sua força* numa objetivação duradoura (menos instrumental, menos imediata); trata-se de uma mobilização anímica que *suspende* a heterogeneidade da vida cotidiana – que *homogeneiza* todas as faculdades do indivíduo e as direciona num projeto em que ele transcende a sua singularidade numa objetivação no qual se reconhece como portador da consciência humano-genérica. Nesta suspensão (da heterogeneidade) da cotidianidade, o indivíduo se instaura como *particularidade*, espaço de mediação entre o singular e o universal, e comporta-se como *inteiramente homem*”²⁷.

Estas suspensões que engendram as objetivações não cortam a cotidianidade e não são contínuas, estabelecendo um retorno à mesma. O retorno à cotidianidade após uma suspensão estabelece uma dialética das tensões, justamente porque se alçou à consciência humano-genérica, pois “a vida cotidiana permanece ineliminável e inultrapassável, mas o sujeito que a ela regressa está modificado. A dialética cotidianidade/suspensão é a dialética da processualidade da constituição e do desenvolvimento do ser social”²⁸.

26. Lukács, 1970, apud Netto; Carvalho, 1994, p. 67.

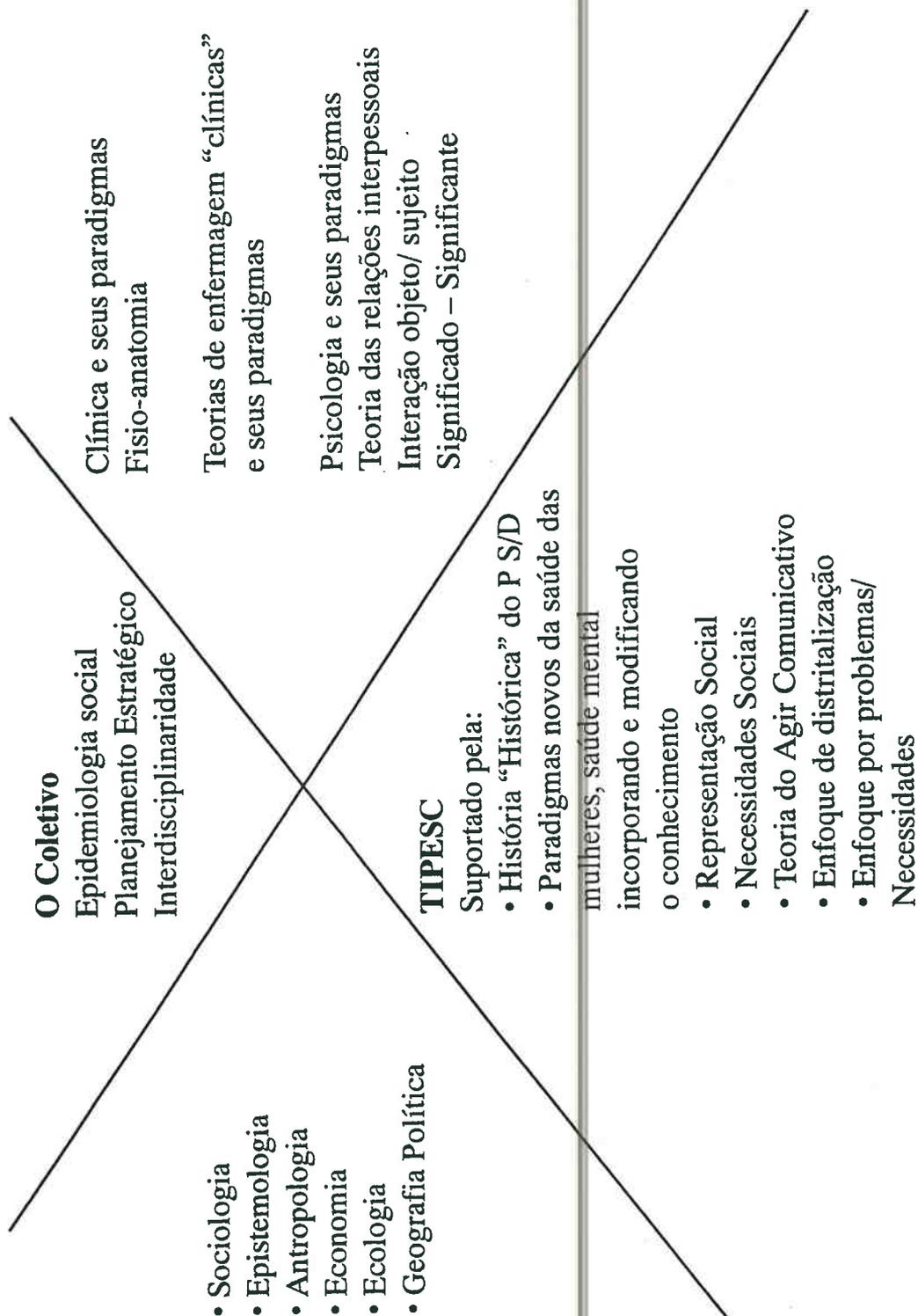
27. Netto; Carvalho, 1994, p. 70.

28. Netto; Carvalho, 1994, p. 71.

O Quadro VIII mostra a relação entre os conhecimentos – suporte para a intervenção prática da enfermagem na realidade objetiva, de acordo com o que foi explicado neste capítulo.

QUADRO VIII

Relação entre os conhecimentos e teoria suporte para intervenção prática



Capítulo 4

REINTERPRETANDO A APLICAÇÃO DO MÉTODO

O método de intervenção da enfermagem em saúde coletiva, tal como inicialmente se mostrou ao domínio público foi aplicado em distintas possibilidades focais ou fenomênicas. A aplicação nos processos assistenciais referentes aos indivíduos, famílias e grupos da comunidade foi realizada pelo grupo de docentes da disciplina Enfermagem Preventiva e Comunitária dentro do estágio prático em Unidades Básicas de Saúde¹. Cabe ressaltar que estas Unidades estavam articuladas à Escola de Enfermagem da USP através de Projetos de Integração Docente-Assistencial. Essa ressalva é importante, pois as transformações oriundas das mudanças em termos de recorte do objeto de intervenção necessitavam ser asseguradas em sua continuidade assistencial pelos trabalhadores de saúde das mencionadas Unidades.

A aplicação desta metodologia fora do âmbito da Escola, mas ainda na perspectiva da assistência de enfermagem a indivíduos e famílias, foi realizada por duas pesquisadoras, pós-graduandas da Universidade Federal de Santa Catarina: Araújo (1989) e Ghiorzi (1991).

Como me referi anteriormente, a utilização desta metodologia na assistência de enfermagem em saúde coletiva nas Unidades Básicas de Saúde e a reflexão sobre os seus limites e possibilidades demandou uma transformação no próprio ensino ministrado pelas docentes da Escola. Essa transformação foi no sentido de buscar congruência entre o objeto da assistência e o objeto do ensino desta assistência, ou seja, congruência em termos dos pressupostos orientadores dos dois processos, pois a totalização nas diferentes dimensões assim o requeria.

1. Fonseca et alii, 1992; Egry; Bertolozzi, 1988; Fonseca; Chiesa; Oliveira, 1994.

Simultaneamente, nos cursos ministrados em diferentes partes do Brasil, quando se falava desta metodologia assistencial, imediatamente o exercício de confronto com a realidade fez com que se recorresse à compreensão dos processos mais gerais de produção de serviços para articulá-los dialeticamente com o processo assistencial da enfermagem².

Mais recentemente, a TIPESC foi desenvolvida no processo de qualificação das mestrandas da Área de Concentração em Enfermagem em Saúde Coletiva junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no nível de Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ao lidar com as profissionais dos distintos campos de trabalho da saúde coletiva e, portanto, com objetos distintos de intervenção, a TIPESC pôde ser testada em seu potencial de levar à reflexão sobre a prática articulada com teoria interventiva dos processos. Ao mencionar os distintos objetos de trabalho estou, na verdade, falando, a princípio dos distintos *loci* de trabalho. Os distintos *loci* referem-se ao nível distrital do sistema de produção de serviços de saúde pertencentes ao Município e ao Estado de São Paulo – Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI); ao nível secundário de atenção extra-internação e especializado – saúde do trabalhador e saúde mental; nível primário de atenção, diferenciado do usual da rede por contemplar a formação enquanto um de seus objetivos – Centro de Saúde Escola; nível primário de atenção, diferenciado do usual da rede por conter projetos de integração docente-assistencial; e docência em enfermagem em saúde coletiva, privilegiando as questões relativas às doenças transmissíveis³.

Outras experiências interessantes de ensino e aplicação da TIPESC poderiam ser mencionadas, como a sua mais recente operacionalização com os profissionais de saúde da Região de Cajamarca, Peru, ou com os trabalhadores de saúde da Administração Regional de Pirituba-Perus (ARS-8), experiência esta finda em 1992.

A reinterpretação do caminho percorrido e do produto obtido através da aplicação dessa teoria será visualizada na interface dessas experiências. Contudo, dada a proximidade e possibilidade de melhor apreender o seu significado, neste capítulo, far-se-á referência aos processos de redefinição do processo assistencial revelados pelos mestrandos da Área de Concentração mencionada.

Enquanto parte do conteúdo das disciplinas obrigatórias da Área de Concentração Enfermagem em Saúde Coletiva, foi realizada a aproximação gradativa para a intervenção no processo saúde-doença da coletividade, privilegiando a dimensão particular, sem contudo esquecer as demais dimensões que buscam totalizar o fenômeno em tela. Após a ministração da base teórica necessária à compreensão dos fenômenos de saúde e doença e

2. Ver Egrý; Fonseca, 1993.

3. Nichiata, 1992; Longa, 1992; Alencar, 1994; Campos, 1994; Miyasaka, 1994; Correa, 1994; Rezende, 1994; Alexandre, 1994.

também dos processos de produção de serviços e de trabalho, foram utilizados instrumentos para a captação da realidade objetiva baseados principalmente nos roteiros formulados especialmente para essa finalidade.

Esses roteiros – já aplicados em outros cursos ou disciplinas – foram modificados no decorrer do desenvolvimento da metodologia, corrigindo eventuais desvios e ampliando o seu leque de captação e interpretação, de maneira a permitir a emergência das contradições e possibilitar a produção de projetos viáveis de intervenção. Muitas dessas correções e ampliações foram resultados de processos de reflexão acerca da aplicabilidade da teoria e já estão incorporadas nas discussões dos capítulos anteriores.

As contradições encontradas no desenvolvimento da TIPESC tanto da ordem do sujeito quanto do objeto de intervenção e destacadamente as que resultam da inter-relação sujeito-objeto serão destacadas a seguir:

1. *Descompasso entre os diferentes níveis de execução* quanto à definição de competências, qualificação dos trabalhadores para a assunção das atividades, criação e consolidação de instrumentos operacionais, legais e estratégicos para a implantação do modelo assistencial, sob os pressupostos do SUS. A depender da situacionalidade evidenciada - que não contempla estratégias de transformação qualitativa dos serviços, rumo ao horizonte da efetiva consolidação do SUS - os princípios do SUS não passarão de discursos ideológicos mantenedores da exclusão social de parcela cada vez maior da população.

2. *Desarticulação interna no próprio Distrito Sanitário*, enquanto instância importante na consolidação do Sistema Único de Saúde. No Município de São Paulo, o NOAS (Núcleo de Organização das Ações de Saúde) e o NEPI (Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação sobre Saúde), respondendo respectivamente pela organização da assistência e pela epidemiologia e informação, encontram-se desarticulados. Cada qual responde às tarefas sem coordenação conjunta e principalmente atuam como repassadores de normas e informações, assumindo muito pouco a criação de estratégias de convergência entre as necessidades sociais (demandas sociais em termos de saúde a partir das interpretações dos dados da realidade) e a produção das ações para a transformação dos perfis de saúde e doença da coletividade.

3. *Desorganização interna do trabalho do NEPI*, reproduzindo a desarticulação interna anterior. Os agentes que se ocupam das atividades não têm clareza de suas próprias atribuições e nem do montante total do trabalho a ser realizado. O processo de trabalho é reiterativo, repetitivo, parcelar, segmentado e com múltiplas atividades que não estão atreladas a uma finalidade comum (ou não são vistas como atrelada pelos agentes). De fato, o processo de trabalho não é reconhecido como tal e, portanto, não se tem clareza acerca dos seus elementos constituintes, possibilitando com isto a reprodução amplamente reiterada e fragmentada da prática. Nessa perspectiva, os

instrumentos e os meios do processo de trabalho não são re-situados à luz das suas finalidades, configurando, entre outros resultados, a insuficiência e ineficiência da programação em termos de projetos concretos, que contenham claramente os objetivos, as metas, as competências e as estratégias, bem como o cronograma de sua aplicação e de avaliação.

4. *Incongruência entre as diretrizes emanadas das instâncias centrais*, estejam elas articuladas ou desarticuladas aos pressupostos do SUS, com as concepções (implícitas) que orientam o processo de produção nos níveis distritais e locais. Facilmente perceptível é a concepção adotada pelo COAS a propósito do entendimento do processo saúde-doença socialmente determinado que não se expressa na “coleção” de dados sobre a saúde da população utilizados pelos níveis distrital e local. Os instrumentos são pouco capazes de captar elementos que constituem esta concepção primeira.

5. *Fragilidade da articulação entre as unidades locais e a coordenação do nível distrital*. Não houve superação da proposta de articulação vertical, ou seja, supervisão das ações locais por áreas de conhecimento, para a coordenação conjunta do conjunto das atividades desenvolvidas frente a objetos e objetivos comuns. Mais do que isso, a fragilidade encontra-se na flutuação do horizonte intelectual (por vezes pragmático) das instâncias diversas do sistema de produção de serviços que dependem, não da necessidade em termos de saúde da coletividade, mas tão somente da valorização (ou desvalorização) verdadeira (e não da falácia) das políticas públicas e políticas de saúde enquanto instrumentos para o resgate da dignidade e da cidadania plena da população.

6. *Instabilidade ou precariedade da manutenção de um modelo assistencial transformador*, conseqüentes da histórica instabilidade das instâncias superiores ou estruturais. Por exemplo, em decorrência da mudança do governo municipal, mudam-se os modelos assistenciais sem que tenha havido um reconhecimento das mudanças das necessidades sociais. Assim, o engajamento dos agentes nas propostas efetivamente transformadoras é lento, para não dizer obstaculizante ou de resistência. Em síntese, as proposições técnico-científico-políticas para as intervenções na saúde da coletividade, uma vez que são absolutamente dependentes das decisões burocrático-administrativas do Estado, têm vida curta a depender dos mandos ou desmandos dos governantes. Acresce-se a isto a incipiente participação popular em termos de Conselhos Gestores nos diferentes níveis, o que significa que nem os planos construídos coletivamente têm a garantia de, ao menos, seguir sua proposta até o momento de avaliação qualitativa de seu impacto.

7. *Intervenção iatrogênica dos serviços de saúde*: ao focalizar uma unidade básica de saúde para compreender mais de perto a inserção da enfermagem e a articulação dos processos de trabalho nas diferentes instâncias,

nota-se com clareza e, sobretudo, com preocupação que a passagem do usuário pelos serviços públicos de saúde (dos examinados pelas mestrandas) pode ter conseqüências iatrogênicas. A planificação e a avaliação das ações no nível local esbarram com a falta de definição da área programática, melhor dizendo, do espaço geopolítico de atuação das instituições de saúde. O contingente a ser atendido é definido apenas pelo número e pela qualidade da demanda “espontânea” dos programas oferecidos como, por exemplo, o da Saúde da Mulher (que, na verdade, refere-se quando muito à tocoginecologia), Saúde do Adulto (quando muito centrada na terapêutica específica ao tratamento medicamentoso da hipertensão ou de outra doença), Saúde da Criança (restrita precariamente à pediatria e à puericultura). Tal como ficou demonstrado pela tese de Car (1993), nem mesmo os paradigmas do modelo clínico estão à disposição da população, quanto mais os paradigmas da epidemiologia social.

8. *Inexistência de um sistema de referência e contra-referência:* cabe a cada usuário buscar, a partir das guias de encaminhamento, os serviços de maior complexidade de que necessita. No seu retorno à Unidade Básica, mesmo quando esta instância pertence à administração distrital, não há articulação em termos de continuidade da assistência. Fica caracterizada, assim, a preocupação apenas com o momento verticalizado da assistência considerado pontual, e a cura ou a resolução daquele agravo. Não há nenhum entendimento processual da saúde-doença ou da intervenção sobre ela, vista também enquanto processo.

9. *Desorganização dos serviços,* no que se refere à documentação das informações sobre a produção, características da população-alvo, avaliação dos serviços e dos projetos de intervenção. À semelhança do que sucede no nível distrital, muitos dados estão arquivados na “memória” dos trabalhadores mais “antigos”, e pouca importância é dada ao registro formal. Eventualmente, quando são feitos, esses registros estão reduzidos apenas à contagem quantitativa dos itens da produção, desacompanhados de qualquer análise mais elaborada. Mesmo quando ocorre a mencionada “quantificação”, os dados sistematizados não são incorporados de forma organizada e classificada, para que possam servir de fonte de consulta.

10. *Representação do trabalho do enfermeiro* a partir da expressão sobre o seu cotidiano, desarticulada do processo de trabalho de enfermagem e do processo de trabalho geral da Unidade. Mesmo quando vistas sob a égide do modelo funcionalista, as ações do enfermeiro, enquanto instrumentos do processo de trabalho, revelam a inexistência do planejamento no nível local. As atividades citadas durante a fase da captação da realidade objetiva foram: “consulta de enfermagem em pediatria e tuberculose, preparo de escala dos funcionários, reciclagem e treinamento, atividades de vigilância epidemiológica, participação em atividades educativas grupais como, por exemplo,

planejamento familiar”. Ao serem solicitados para que citassem as ações dos demais trabalhadores de enfermagem da unidade, os enfermeiros referiram: “vacinação, administração de medicamentos, controle de material, limpeza, pós-consulta médica, encaminhamento do usuário nas consultas médicas e consultas odontológicas”.

11. *Inexistência de um planejamento de validação* da qualidade assistencial e da qualificação da força de trabalho para instrumentar os trabalhadores de enfermagem para a intervenção qualificada no processo saúde-doença da coletividade. Exemplo disto são as “reciclagens”, raramente precedidas de um diagnóstico avaliativo da qualidade assistencial, frente às necessidades de intervenção e às possibilidades instrumentais de seus agentes, mesmo porque inexistente uma proposta clara do que-fazer da enfermagem.

12. *Insuficiência de conteúdo técnico-científico das ações* assistenciais de enfermagem – mesmo daquelas mais clássicas como o momento assistencial denominado consulta de enfermagem. O exame da prática assistencial de enfermagem revelou que esta é absolutamente vazia, tanto no que concerne aos conhecimentos científicos gerais relativos ao processo saúde-doença, quanto às bases teóricas da enfermagem. Tal assistência não revela caráter processual, com método pré-definido e determinação das etapas a percorrer, limitando-se exclusivamente a dar informações aos usuários no sentido de encaminhá-los para outras atividades ou transmitir informações (bastante precárias) a respeito da doença. Tal como no achado de Márcia Regina Car (1993), em qualquer situação, a enfermagem reforça e revisa a adesão às ordens médicas instituídas, enfatizando, primordialmente, a terapêutica medicamentosa (o não esquecimento de “tomar os medicamentos” prescritos). Do ponto de vista geral e institucional, inexistem críticas e reflexões acerca dos processos de trabalho da enfermagem e do enfermeiro.

O que foi constatado pelas mestrandas, acrescido das nossas próprias observações enquanto docentes envolvidas no Projeto de Integração Docente-Assistencial junto à Secretaria Municipal da Saúde, levou à proposição de projetos de intervenção que superaram as instâncias de decisão no arcabouço institucional do fenômeno em estudo, ou seja, os níveis distrital e local. Assim é que foram implementadas ações de qualificação dos trabalhadores num projeto denominado “Revisão do modelo assistencial através do planejamento participativo. Área I saúde da mulher”⁴.

Foram ainda propostos outros projetos de caráter mais instrumental para a intervenção direta no processo saúde-doença da população, tais como o de assistência à saúde da mulher para a prevenção do câncer ginecológico⁵.

No entanto, os projetos de intervenção que mais apresentaram relevância até o presente momento foram aqueles destinados à melhor compreensão da própria metodologia na sua vertente conceitual e prático. Os sujeitos da

4. Tellesi Jr.; Egry; Shima, 1993.

5. Fonseca; Chiesa; Oliveira, 1994.

aplicação metodológica buscaram apreender melhor os processos de trabalho nos quais despendem sua energia cotidianamente e, com melhor apreensão, tornam-se mais aptos para definir reflexivamente o objeto desse processo, consubstanciando com isso a revisita ao processo global de trabalho da enfermagem, enquanto parte do processo de trabalho de produção dos serviços de saúde.

A natureza praxica da TIPESC surge a partir da propositura de projetos que definem instrumentos de intervenção aparentemente pontuais, no entanto, essencialmente reveladores do seu potencial de intervenção, ao serem visualizados no conjunto das três dimensões da realidade objetiva, consideradas as categorias conceituais norteadoras desta teoria.

A título de reinterpretação da aplicação da TIPESC algumas questões devem ser explicitadas a fim de revigorar a sua própria capacidade transformadora. A visualização dessas questões não sucede nesse instante, o que significa que durante todo o processo de ensinar esta metodologia foram sendo re-elaboradas as suas bases, tal como pode ser notado nos capítulos anteriores, o que justifica a necessidade do adensamento teórico realizado no presente estudo. Assim, enumero quatro questões, sem nenhuma pretensão de esgotar a crítica ao método:

1. *Há que definir mais claramente os parâmetros de interpretação da realidade*, decodificados anteriormente à captação, mediante instruções mais precisas e objetivas dos marcos teóricos e metodológicos do processo de intervir no que se refere à especificidade do fenômeno. Deve-se recorrer não somente ao processo histórico das transformações dos paradigmas em saúde e sua correspondente teoria de intervir, como elucidar mais claramente o novo paradigma assumido no sentido de poder torná-lo operacional, ou praticável. Isto significa que se deve ressaltar reiteradamente a lei da negação da negação no sentido de poder reconstruir o real, a partir de bases ainda insuperáveis do conhecimento no campo da saúde coletiva. A categoria interpretativa mencionada anteriormente foi elaborada precisamente com a intenção de proporcionar esse recorte operacional.

2. *O equívoco na compreensão de processos participativos*, fundado na falácia de que “todos fazem tudo, portanto, sabem tudo”, é uma armadilha da qual se escapa somente através do entendimento do seu significado real. Dado que historicamente vêm sendo realizados diferentes investimentos sociais, deve ser considerada a existência de níveis de responsabilidade diferenciados sem anular, de forma alguma, a exigência de ampliação da consciência sobre a saúde e a cidadania, enquanto dever de todos. Buscar estratégias e formular propostas organizadas, assentadas em bases teórico-científicas bem delineadas para lidar com o processo saúde-doença do

indivíduo-coletivo, é tarefa dos trabalhadores da saúde e dos formuladores das políticas de saúde. Note-se que as políticas de saúde, tal como as demais políticas públicas respondem ou deveriam responder às demandas sociais. As pressões relativas a essas demandas devem ser feitas pelo conjunto da sociedade civil, cujo poder depende também da consciência e da mobilização.

3. *O pensamento crítico deve ser permanentemente ancorado na realidade concreta e na busca de alternativas de equacionamento das questões referentes às possibilidades e necessidades da coletividade, frente às aspirações das transformações da qualidade de vida e saúde. O processo prático deve visualizar o tempo de perenidade/mutabilidade para as intervenções sistematizadas, conscientes e planejadas na realidade objetiva, porque deve levar em conta o mutável e o perene em contradição dialética.*

4. *Por fim, dada a complexidade do fenômeno que se intenta recompor, é necessário que cada parte dele seja iluminada, olhando as contradições na sua internalidade e nos sucessivos processos de totalização. A internalidade deverá ser confrontada dialeticamente com a externalidade. As aproximações sucessivas – lembrando que o fenômeno não será percebido de uma só vez – permitirão compreender com maior aprofundamento a qualidade do objeto de estudo considerado. A maneira de se fazer essas sucessivas aproximações, sem cair na armadilha de “saltar” para outra parte do fenômeno não imediatamente relacionado dialeticamente, é assegurar no início do processo de aproximação um certo alinhavo desse objeto e, ao confrontar-se com seu conteúdo e forma, ir elaborando contornos mais precisos, bem como os limites que margeiam as totalidades adjacentes.*

Capítulo 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, as bases teóricas da enfermagem brasileira vêm, majoritariamente, apresentando três questões principais: a primeira, refere-se à importação *in totum* de modelos teóricos alienígenas, ou seja, construídos pelos pesquisadores e teóricos estrangeiros para interferir em realidades sociais muito distantes da nossa; a segunda questão – e a mais crucial – diz respeito à não compreensão de que a teoria é um Instrumento dentro do processo de trabalho de produção de serviços em saúde, o que faz com que, na maioria das vezes, se apresente desconexa do Objeto do seu processo de trabalho; a terceira questão reporta-se ao fato de que as teorias não emergem da problematização da prática assistencial, entendida como inserida em totalidades maiores, quer seja de ordem das políticas públicas, quer seja de ordem das demandas sociais.

Com a argumentação exposta ao longo deste trabalho, tento defender a tese de que é imperativa a assunção de uma teoria “nossa”. Reafirmo que tal teoria não é outra senão aquela que, originária da reflexão crítica sobre o saber e o fazer da enfermagem nas suas dimensões de historicidade e dinamicidade – numa condução que convencionei chamar aqui de práxica, na concepção marxiana do termo – possa efetivamente trazer mudanças para o cenário atual de produção do trabalho da enfermagem.

Ressaltei que os marcos teóricos da enfermagem articulados aos marcos teóricos da saúde e aos marcos filosóficos adotados até o momento, quer implícitos ou explícitos, carecem de revisão à luz das transformações das práticas de saúde ocorridas no transcorrer da existência da enfermagem, desde a era moderna até a pós-moderna.

No percurso histórico da constituição da enfermagem enquanto prática social, verifica-se que a nossa práxis da enfermagem tem se mostrado reiterativa e pouco criadora, em que pese o empenho dos profissionais comprometidos com a qualificação do trabalho da enfermagem.

O dispêndio de energia para a transformação aparenta cair no vazio da ausência de projeto político da enfermagem rumo à praxis criativa e reflexiva. A construção do mencionado projeto político, para ser devidamente coletivizado, necessita passar pelo exame acurado do nosso fazer cotidiano em conjunção com a problematização da atual conformação da força de trabalho da enfermagem.

Desde que toda atividade humana, quer tenhamos consciência disso ou não, é permeada por dada visão de mundo, a adoção de determinadas correntes filosóficas nos estudos e na orientação da produção científica em saúde e em enfermagem passa necessariamente pela via da necessária revisão das bases filosóficas hegemônicas.

Ao longo deste trabalho reconheci que as diferentes tendências atuais do pensamento marxiano estão, para não dizer outras palavras, “em choque”, umas mais na revisão teórica que empreendem do que outras, buscando explicar o real, diante das transformações contemporâneas. Tal busca não deve, contudo, perder de vista o seu caráter teleológico, ou seja a de transformar a realidade na direção que o horizonte, coletivamente vislumbrado, requer.

O debate estabelecido na atualidade acerca da categoria central para o estudo societal, polarizado de um lado entre os defensores da categoria trabalho – e decorrente dele as classes sociais – e, por outro lado, da categoria que reflete os modos de vida distintos, é tão relevante quanto imperativo, se considerarmos sob a ótica da não exclusão mútua. Por que penso assim?

Mais do que qualquer sociedade latino-americana, a sociedade brasileira, no que concerne à importação de modelos, é a que o tem feito com menor crítica da validade sócio-histórica deles. A enfermagem ilustra bem a importação: por um lado, pela permissão da aplicação “em bruto” dos modelos teóricos, sem devido ajuste ou “aclimatação” e, por outro, pela negação não-dialética, ou seja, ignorando a sua existência. No meu modo de pensar, ambas as formas são apenas faces da mesma moeda, significando que não houve uma superação dialética porque não houve verdadeira explicitação da contradição dialética, no caso mais propriamente da contradição teórico-prática. Parece que tal equívoco sucede pela posição de subalternidade em que se colocam os profissionais, talvez conseqüente à subalternidade econômica nas relações estabelecidas entre os países (ou blocos de países) e na alienação dessa dependência/subalternidade.

Como realizar o ajustamento prático dos modelos teóricos?

Sem dúvida, o ajustamento não deve ser realizado através da experimentação da teoria, conferindo-lhe um caráter universal e absoluto, mesmo porque ela (a experimentação com este caráter) é moralmente discutível.

O ajustamento prático refere-se, precisamente, ao estudo mais aprofundado e concreto das nossas transformações sócio-históricas e das transformações das teorias de abordagem do real. Refere, sobretudo, ao exame da situacionalidade e das tendências dos fenômenos, realizado através da elucidação da dialética entre a essência e a aparência. Assim, seria possível re-elaborar outras teorias interventivas do (e para o) real concreto. Dessa forma, num movimento espiral, as novas teorias interventivas, desde as macroteorias até as consideradas mais operacionais – tais como as de condução das ações da enfermagem – devem ser, novamente, submetidas à resistência do objeto fenomênico.

A carência de embates entre a teoria e o objeto fenomênico concreto próprio a cada formação social, tem impossibilitado a consecução das verdadeiras transformações do real – no nosso caso, do perfil de saúde-doença da coletividade através de ações interventivas da enfermagem. Ao mesmo tempo, reduz-se o poder interventivo da teoria por não lapidá-la em conformidade dialética com o real.

Para que fique bem explícito, o horizonte, naquilo que corresponde à totalidade maior, ou seja, a produção de serviços em saúde e a qualificação da sua força de trabalho, refere-se à transformação – de potencialidade em realidade – dos cinco atributos da essência humana que, de acordo com Heller (1986 e 1991) são: o trabalho, a socialidade, a universalidade, a consciência e a liberdade.

De acordo com a minha opção, de cunho mais moral do que de outra natureza, tendo a acreditar que para a enfermagem (que penso) é muito mais relevante a descoberta dos pontos de vulnerabilidade, tanto das teorias como das práticas, do que a exclusão ou adoção “in natura” desse ou daquele marco teórico-filosófico posto.

Julgo que é somente através dos princípios, mutáveis e não-perenes, mas reveladores das congruências possíveis das diferentes correntes – e nunca no entendimento de uma miscelânea – que se pode valer para fazer frente aos diferentes fenômenos que se reportam à nossa prática: da assistência, da organização, do planejamento, da investigação, do ensino, da qualificação da força de trabalho, entre outros.

A proposição que se faz aqui é para a revisita prática e sistemática das nossas teorias e práticas, na amplitude e na possibilidade da dialética materialista e, portanto, sempre à luz das transformações históricas e sociais de nossa sociedade.

Penso que a transformação de nossa sociedade perversamente capitalista e exploradora, ao mesmo tempo explorada por outras sociedades economicamente ditas mais avançadas, não pode deixar que no processo de construir a humanidade – ao alcance do horizonte de maior justiça redistributiva via ampliação e aquisição da práxis cidadã – transforme outras sociedades, e outros grupos sociais no interior delas, excluídos em absoluto.

À medida em que se aproxima deste horizonte, a práxis cidadã deverá incorporar outras quantidades para ser qualitativamente transformada de cidadão de dada sociedade para cidadão do nosso planeta. Os produtos gerados pelos diferentes países, quer seja de ordem estritamente material/concreto, quer de ordem do pensamento/conhecimento, deverão ser acessíveis e redistribuídos para todos. É importante esclarecer que a acessibilidade não significa o mesmo que a obrigatoriedade de consumo, tanto de bens materiais quanto de bens espirituais.

Reconhece-se que, no presente momento do caminhar histórico da humanidade, nem de longe podemos visualizar este momento de superação qualitativa das relações humanas. No entanto, como ilumina a sabedoria oriental ...

“UMA CAMINHADA SE FAZ DANDO UM PASSO DE CADA VEZ...”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, C.C.P. – Relatório de captação e interpretação da realidade objetiva do NEPI do Distrito Sanitário Sé. São Paulo, 1994 (mimeog.).
- ALEXANDRE, L.B.S.P. – Relatório de captação e interpretação da realidade objetiva do NEPI do Distrito Sanitário Jaçanã. São Paulo, 1994 (mimeog.).
- ALMEIDA, M.C.P. de – O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. *In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM*, 4, São Paulo, 1985. *Anais*. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, 1985. p.83-89.
- ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J.S.Y. – *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986. 128 p.
- ANDERY, M.A. et al. – *Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica*. 3 ed. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1988. 446p.
- ANGERAMI, E.L.S. – Marco teórico das investigações em enfermagem e sua relação com as teorias de enfermagem. *In: Jornadas de Investigación*. Chile, Universidade de Concepción, outubro de 1991 (mimeog.).
- ANSART, P. – *Toute connaissance est-elle idéologique?* *In: DUVINGAUD, J. Sociologie de la Connaissance*. Paris, Payot, 1969.
- ARANHA, M.L.A.; MARTINS, M.H.P. – *Filosofando: introdução à filosofia*. 2ª ed. São Paulo, Editora Moderna, 1993. 395p.
- ARAÚJO, L.D.S. – *A prática da mulher que amamenta tendo como base um marco conceitual fundamentado no materialismo histórico e na teoria das representações sociais: amamentar, uma opção consciente?* Trabalho apresentado à Disciplina de Prática assistencial do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1989. 86p. (mimeog.).

- AROUCA, A.S. – *O dilema preventivista*. Rio de Janeiro, 1975. 320p. Tese (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- AYRES, J.R. C. M. – Interpretação e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. (prelo da Revista de Saúde Pública) 1994, 30p. (mimeog.).
- BERTOLOZZI, M.R. – *Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra*: Perfil e representações sobre a assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 1991. 213p. (Dissertação-Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- BOISSOT, M. – *Discipline and Interdisciplinary: problemas of Teaching and Research in Universities*. OECD, Paris, 1972. P.89-97.
- BOTTOMORE, T. – *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro, Zahar, 1988.
- BOURDIEU, P. *Leçon sur la Leçon*. Paris, Minuit, 1982.
- BREILH, J. – *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo, UNESP – HUCITEC, 1991. 276 p.
- BREILH, J. – Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate. In: COSTA, D.C. (org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1990. p.128-65.
- BREILH, J.; GRANDA, E. – *Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo, Instituto de Saúde-ABRASCO, 1986. 215 p.
- BRONFMAN, M.; TUIRÁN, R. – La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, v.29-30, p.53-75, 1984.
- BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. de. – *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1991. 251p.
- BURLATSKI, F. – *Fundamentos da filosofia marxista leninista*. URSS, Moscovo, 1987. 392p.
- CAMPOS, C.M.S. – Relatório de captação e interpretação da realidade objetiva do Hospital Dia do Itaim. São Paulo, 1994. (mimeog.)
- CAR, M.R. – *Da Aparência à Essência: a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial*. São Paulo, 1993. 125p. Tese (Doutorado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.
- CARONE, I. – A dialética marxista: uma leitura epistemológica. IN: LANE, S.T.M.; CODO, N. *Psicologia social: o homem em movimento*. 6ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1988. p.21-30.
- CASTELLANOS, B.E.P. – *O trabalho do enfermeiro – a procura e o encontro de um caminho para seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória*. São Paulo, 1987. 395p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- CASTELLANOS, P.L. – Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. Taller Latino-americano de Medicina social. Medellín, 1987. (mimeog.)

- CHÂTELET, François. – Uma história da razão. Entrevista com Émile Noël. Rio de Janeiro, Zahar, 1994.
- CHAUÍ, M. – *Eleições 94*. Folha de São Paulo, Caderno Mais, 24/04/94.
- *O que é ideologia*. 16ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- CHEPTULIN, A. – *A dialética materialista: categorias e leis da dialética*. São Paulo, Alfa-Omega, 1982. 354p.
- CORREA, G.M. – Relatório de captação e interpretação da realidade objetiva do Ambulatório de Saúde Ocupacional do HCFMUSP. São Paulo, 1994. (mimeog.)
- COSTA, D.C. – *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1990. 220p.
- CURY, C.R.J. – Educação e contradição. 4ª ed. São Paulo, Cortez, 1989. 134p.
- DEMO, P. – *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo, Atlas, 1985. 255p.
- EGRY, E.Y. – Sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva orientada pelo materialismo histórico e dialético: em busca da unicidade entre o saber e o fazer. *In: SEMANA WANDA DE AGUIAR HORTA*, 3, São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1990. p.97-110.
- Pesquisar para evoluir? Pesquisar para superar! São Paulo, *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 26, n. especial, p.141-51, 1992.
- EGRY, E.Y.; BERTOLOZZI, M.R. – Assistência de enfermagem à família fundamentada no materialismo histórico e dialético: da proposição teórica ao ensaio da prática. /Apresentado no Curso de Extensão Universitária “Pesquisa e prática da enfermagem” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988. (mimeog.)
- EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G. da; BERTOLOZZI, M.R. – Assistência de enfermagem em saúde coletiva: entendendo o processo para a aplicação de um instrumento transformador da prática e da teoria. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 47, nº 3, pp. 287-294, jul/set., 1994.
- EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. da – Assistência de enfermagem em saúde coletiva: uma abordagem da metodologia do ensino no programa de especialização em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, v. 46, n.2, 143-8, abr/jun. 1993.
- EGRY, E.Y.; SHIMA, H. (coord.) – Integração Docente Assistencial como referencial teórico-metodológico para o ensino e a pesquisa da assistência em enfermagem em saúde coletiva. *In: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Integração Docente Assistencial*. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1992. p.75-155.
- EIBENSCHUTZ, C. – Poder, salud y democracia. *In: Taller latinoamericano de medicina social*, 2, Venezuela, 1991. *Anais*. Caracas, ALAMES, 1991. p.121-35.

- FERREIRA, A.B.H. – *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FLEURY, S. – Estado, poder e democratização da saúde. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p.13-44.
- FONSECA, R.M.G.S. da – *Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexos coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo biológico de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde*. São Paulo, 1990. 336p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FONSECA, R.M.G.S. da; BERTOLOZZI, M.R.; CHIESA, A.M.; GRECO, R.M.; EGRY, E.Y.; OLIVEIRA, M.A. de C. – Desenvolvendo um processo ensino-aprendizagem: pressupostos e método de ensino da disciplina Enfermagem preventiva e Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo, *Rev. Esc. Enf. USP*, v.26, n.3, p.419-26, 1992.
- FONSECA, R.M.G.S. da; CHIESA, A.M.; OLIVIERA, M.A.C. – A práxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de Integração Docente Assistencial. *Rev. Esc. Enf. USP*, 1994. 20p./ prelo
- FOUCAULT, M. – *Microfísica do poder*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- FREITAG, B. (org.) – *Marx morreu: viva Marx!* Campinas, Papirus, 1993. 211p.
- GADOTTI, M. – *Concepção dialética da educação*. São Paulo, Cortez, 1983.
- *Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito*. 5ª ed. São Paulo, Cortez, 1994. 143p.
- *Pensamento pedagógico brasileiro*. 2ª ed. São Paulo, Ática, 1988. 160 p.
- GARAUDY, R. – *Perspectivas do homem*. 3ª ed. Rio de Janeiro, civilização Brasileira, 1968. p. 297.
- GARCIA, J.C. – Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E.D. (org.) *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983. p.95-132.
- GERMANO, R.M. – *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1985. 118 p.
- GIOVANELLA, L. – Estratégia e poder no planejamento em saúde. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, p.13-44.
- GOMES, E.L.R. – *Administração em enfermagem: constituição histórico – social do conhecimento*. Ribeirão Preto, 1991, 188p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- GONÇALVES, R.B.M. – O processo de trabalho em saúde. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1988. (mimeog.)
- HABERMAS, J. – *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989, 236p.

- Pensamento pós-metafísico*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1990.
- HAHN, E.; KOSING, A. – *A filosofia marxista-leninista: curso básico*. Lisboa, Avante, 1983. 260p.
- HELLER, A. – *Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona, Península, 1991. 418p.
- *Teoría de las necesidades en Marx*. 2ª ed., Barcelona, Península, 1986. 183p.
- HENRIQUES, S.B. – A ciência e a filosofia. *Ci. e Cult.*, São Paulo, v. 33, n.2, p.198-212, fev., 1981.
- HORTA, W.A. – *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979.
- INFANTE, N.B. de; ALVAREZ, L. – Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica. *Educ. Med. Salud*. México, v. 2, n.21, p.92-105, 1987.
- *Sociedad y salud*. Cali, Formas Precisas, 1991. 534 p.
- IYDA, M. – *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993. 148p.
- JAPIASSU, H. – *Questões epistemológicas*. Rio de Janeiro, Imago, 1981.
- KONDER, L. – *O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI*. São Paulo, Paz e Terra, 1992. 141p.
- KONSTANTINOV, F. et al. – *Fundamentos da filosofia marxista leninista*. Moscou, Progresso, 1982. 440p.
- KOSIK, K. – *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1963.
- KRAPIVINE, V.V. – *Filosofia marxista-leninista: fundamentos científicos e métodos de estudo*. Moscou, Progresso, 1984.
- KURZ, R. – *O colapso da modernização: da derrocada do socialismo de castro à crise da economia mundial*. 2ª ed. São Paulo, Paz e Terra, 1993. 244p.
- LANE, S.T.M. – *Consciência e alienação: a ideologia a nível do individual*. In: LANE, S.T.M.; CODO, N. *Psicologia social: o homem em movimento*. 6ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1988.
- *O processo grupal*. In: Lane, S.T.M., CODO, N. *Psicologia Social: o homem em movimento*. 6ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1988b.
- LAURELL, A.C. – *A saúde-doença como processo social*. In: NUNES, E.D. (org.) – *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983. p.133-58
- LEAVELL, R.; CLARK, E.G. – *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill, 1977. 743p.
- LONGA, P.A.L.R.C. – *Relatório de Captação da realidade objetiva: Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação do Distrito de Saúde de Pirituba - SP. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1992. 35p. (mimeog.)*
- LOUREIRO, S. – *Interdisciplinaridade e multidisciplinaridade na prática da saúde coletiva: uma utopia possível? Apresentado na Oficina de Trabalho "Estrategias para el trabajo interdisciplinar e multiprofesional en la práctica de la salud colectiva"*, Caracas, 1992. 26p. (mimeog.)

- LÖWY, M. – *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento*. São Paulo, Busca Vida, 1987. 210p.
- *Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista*. 9ª ed. São Paulo, Cortez, 1993. 112p.
- LUKÁCS, G. – *Historia y consciencia de clase*. México, Editorial Grijalbo, 1969. 354p.
- *Marxismo e questões de método na ciência social*. In: NETTO, J.P. (org.) *Lukács*. São Paulo, Ática, 1992. p.59-108
- MARTINS, J.A. – *A riqueza do capital e a miséria das nações*. São Paulo, Página Aberta, 1994. 191p.
- MARTINS, L. – *Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64*. 2ª ed. São Paulo, Paz e Terra, 1991. 265p.
- MARX, K. – *Para a crítica da economia política*. São Paulo, Abril Cultural, 1982.
- *O capital*. Livro I. São Paulo, Bertrand, Brasil/ DIFEL, 1987.
- *O capital*. Livro III. O processo de circulação do capital. São Paulo, Nova Cultural, 1988.
- MARX, K.; ENGELS, F. – *A ideologia alemã (Feuerbach)*. São Paulo, Hucitec, 1984.
- MASCARENHAS, R.S. – *História da saúde pública no Estado de São Paulo*. Rev. Saúde Públ., São Paulo, n. 7, p.433-46, 1973.
- MATUS, C. – *Política, planificación y gobierno*. Part I, cap. II. Teoría de la planificación. OPAS. Washington, 1988.
- MELEIS, A.L. – *Strategies for theory development in nursing*. In: Simpósio brasileiro de teorias de enfermagem, 1, 1985. *Anais*. Florianópolis, maio de 1985. p.97-132.
- MENDES, E.V. (org.) – *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO, 1994. p.310.
- MERHY, E.E. – *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas, Papirus, 1985. 116p.
- MINAYO, M.C.S. – *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1992. 209p.
- MIYASAKA, E.L. – *Relatório de captação e interpretação da realidade objetiva do Centro de Saúde Escola da Barra Funda*. São Paulo, 1994. (mimeog.)
- MOCCIA, P. – *Theory development and nursing practice: a synopsis of a study of the theory-practice dialectic*. In: MOCCIA, P. *New approaches to theory development*. New York, National League for Nursing, 1986. p.23-38.
- NAKAMAE, D.D. – *Formação de atitudes ético-profissionais: pensamento e experiência de estudantes de enfermagem*. São Paulo, 1992. 97p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

- NETTO, J.P.; CARVALHO, M.C.B. – *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 3ª ed., São Paulo, Cortez, 1994. 93p.
- NICHIATA, L.Y.I. – Relatório de captação e interpretação da realidade objetiva: perfil assistencial do serviço de saúde pertencente ao Distrito Sanitário de Pirituba. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1992. 14p. (mimeog.)
- NOGUEIRA, M.J.C. – Uma experiência com consulta de enfermagem para crianças. *Rev. Bras. Enf.*, v.30, s/n, p.294-306, 1977.
- NOGUEIRA, M.J.C.; NETTO, M.O.R.; GUEDES, E.A.; EGRY, E.Y.; SERPA DA FONSECA, R.M.G. – Programa de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 10, n.01, p.72-94, 1976.
- NOGUEIRA, M.J.C.; SERPA DA FONSECA, R.M.G.; EGRY, E.Y.; et all. – Um modelo de histórico e plano de assistência de enfermagem à família. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.12, n.17, p.60, 1978. (a).
- NOGUEIRA, R.P. – *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994. 155p.
- Capital e trabalho nos serviços de saúde. s/d, mimeo G. 11p
- NOGUEIRA, M.J.C.; NETTO, M.O.R.; FONSECA, R.M.G.S. EGRY, E.Y.; et all. *Manual para o ensino de enfermagem de saúde pública*. São Paulo, União Social Camiliana, 1978. (b)
- NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. – AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, ABRASCO, IMS-UERJ, Relume-Dumará, 1994. p. 73-112.
- NUNES, E.D. (org.) – *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983. 205p.
- OLIVEIRA, M.A.C. – *A reprodução biológica em uma sociedade de classes: estudo dialético da representação de um conjunto de enfermeiras*. São Paulo, 1988. 242p. (Dissertação-Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- PINTO, A.V. – *Ciência e existência*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- PIRES, D. – *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1989.
- POULANTZAS, N. – *Poder político e classes sociais*. São Paulo, Fontes, 1977, 354p.
- QUEIRÓZ, V.M.; EGRY, E.Y. – Bases metodológicas para a assistência de enfermagem fundamentada no materialismo histórico e dialético. *Rev. Bras. Enf., Brasília*, v. 41, n.1, p. 26-33, 1988.
- QUEIRÓZ, V.M.; SALUM, M.J.L. – *Síntese das oficinas de trabalho: processo de produção em saúde, processo saúde-doença e a enfermagem no processo de produção em saúde*. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CADAIS) e Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, setembro de 1994. 9p. (mimeog.)

- REZENDE, K.T.A. – Relatório de captação e interpretação da realidade objetiva da Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Marília - Projeto UNI Marília. São Paulo, 1994.
- RIVERA, F.X.U. – O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. *In: GALLO, E.; RIVERA, F.X.U.; MACHADO, M.H. – Planejamento criativo: novos desafios em políticas de Saúde.* Rio de Janeiro, Relume-Dumara, 1992. p.41-92.
- RIVERA, F.X.U.; TESTA, M.; MATUS, C. – *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.* São Paulo, Cortez-Abrasco, 1989. 222p.
- ROSA, M.T.L da; RODRIGUES, A.M.; CASTELLANOS, B.E.P.; ALMEIDA, M.C.P.D; MENDES, S.A.S.A. – O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem: uma aproximação com instrumentos de trabalho. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 1989. Anais.* Associação Brasileira de Enfermagem, Florianópolis, SC, 1989. p.97-126.
- SANTOS, B.S. – *Introdução a uma ciência pós-moderna.* Rio de Janeiro, Graal, 1989. 176p.
- SAVIANI, D. – *Educação brasileira: estrutura e sistema.* São Paulo, Saraiva, 1973.
- SAVIOLI, F. P.; FIORIN, J.L. – *Para entender o texto: leitura e redação.* 3ª ed. São Paulo, Ática, 1991. 431p.
- SEVERINO, A. J. – *Filosofia.* São Paulo, Cortez, 1993. 211p.
- SILVA, G. B. da – *Enfermagem profissional: análise crítica.* São Paulo, Cortez, 1986. 143 p.
- TELESI Jr., E.; EGRY, E.Y.; SHIMA, H. – A IDA enquanto espaço político, técnico e pedagógico para a revisão do modelo assistencial: uma experiência no Município de São Paulo. /Apresentado ao 2º Congresso Brasileiro de Rede IDA-Brasil/ São Paulo, 1993. 28p. (mimeog.)
- TESTA, M. – *Pensar em saúde.* Porto Alegre, Artes Médicas-ABRASCO, 1992. 226p.
- TRIVIÑOS, A.V.S. – *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* 12ª ed. São Paulo, Atlas, 1992.
- VÁZQUEZ, A.S. – *A filosofia da práxis.* 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. 454p.
- VICTORA, C.G.; FACCHINI, L.A.; BARROS, F.C.; LOMBARDI, C. – *Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século.*