

MARIA RAQUEL GOMES MAIA PIRES

***ENFERMEIRO COM QUALIDADE
FORMAL E POLÍTICA : EM BUSCA DE
UM NOVO PERFIL***

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção de grau mestre.
Mestrado em Política Social
Departamento de Serviço Social
Universidade de Brasília

Orientador: Prof. Dr. Pedro Demo

Brasília, 2001

MARIA RAQUEL GOMES MAIA PIRES

***ENFERMEIRO COM QUALIDADE FORMAL E
POLÍTICA : EM BUSCA DE UM NOVO PERFIL***

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção de grau mestre.
Mestrado em Política Social
Departamento de Serviço Social
Universidade de Brasília

Orientador: Prof. Dr. Pedro Demo

**Brasília
2001**

MARIA RAQUEL GOMES MAIA PIRES

**ENFERMEIRO COM QUALIDADE FORMAL E
POLÍTICA : EM BUSCA DE UM NOVO PERFIL**

**Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção de
grau mestre no curso de pós-graduação em Política Social da
Universidade de Brasília**

**Orientador : Prof. Dr. Pedro Demo
Departamento de Serviço Social, UnB**

**Prof. Dr. Mário Ângelo
Departamento de Serviço Social, UnB**

**Prof. Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora de Pós-graduação em Enfermagem,
UFSC**

Brasília, 4 de Outubro de 2001

DEDICATÓRIA

***À Ma. Isabel Gomes Pires,
mãe e cuidado.***

AGRADECIMENTOS

A meus pais, irmãos e sobrinhos;

A **Pedro Demo**, grande mestre e orientador, com quem aprendi o verdadeiro sentido da qualidade - difícil de definir, porém fácil de sentir;

A todos os enfermeiros que fizeram parte desta pesquisa, pela solicitude, receptividade e colaboração, muito obrigada !

Aos amigos e amores que me acompanharam e cuidaram de mim nesta trajetória, um forte e sincero abraço!

RESUMO

A qualidade política se traduz na intervenção crítica e criativa das pessoas em cenários históricos, amparada pelo conhecimento inovador e pela participação dos sujeitos, podendo alargar chances e conquistas. Este estudo investiga a fragilidade política do enfermeiro em contextos sócio-históricos específicos, desenvolvendo a hipótese de que **"A qualidade política e a qualidade formal são importantes para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, potencializando um agir (ou cuidado) comprometido com a emancipação"**. Como objetivos, têm-se: 1- conceituar qualidade formal, qualidade política, cuidado e emancipação; 2-investigar a qualidade formal e política do enfermeiro, detectando conflitos e fragilidades presentes no discurso e prática deste profissional e 3- apontar perfil para o profissional enfermeiro capaz de potencializar a emancipação de pessoas, baseados na qualidade formal e política. O referencial teórico baseia-se na teoria da pobreza política de Pedro Demo, na idéia de desenvolvimento humano introduzida pelo PNUD/ONU e nos conceitos de qualidade política, emancipação e cuidado emancipatório. Pesquisa qualitativa, com método dialético de abordagem, sob o enfoque histórico-estrutural. A coleta de dados partiu de incursão introdutória mais quantitativa, com aplicação direta de 100 questionários, para chegar a técnica *de estudo de caso*, com entrevista de profundidade a 12 enfermeiros, distribuídos em dois grupos : *A- Enfermeiros que se aproximam da qualidade política e B- Enfermeiros que se distanciam da qualidade política*. Utilizando-se as categorias qualidade política, emancipação e cuidado, a análise detectou algumas fragilidades políticas típicas nos enfermeiros e propôs indicações de perfil mais aproximado da qualidade política. O estudo aponta a perspectiva de se fortalecer a concepção de cuidado emancipatório na enfermagem, potencializando-a enquanto prática social reordenadora de desigualdades sociais.

SUMMARY

Political character is expressed by critical and creative intervention of people in historical scenarios supported by innovative knowledge and individual participation. This can increase chances and conquests. This study investigates the political weakness of the nurse in specific social and historical contexts, developing the hypothesis that ***"Political and formal characteristics are important to the professional development of the nurse, making possible a compromised action (or care) with the emancipation."*** The goals are: 1- to define formal character, political character, care and emancipation; 2- to investigate the formal and political character of the nurse, detecting conflicts and weaknesses present in the discourse and practice of this profession and 3- to indicate the profile for the professional nurse to be able emancipate people, based on the formal and political characters. The theoretical reference is based on the political poverty theory from Pedro Demo, on the human development idea introduced by UNDP/UN and also on the definitions of political character, emancipation and emancipating care. A qualifying research was made using the dialectical method of approach, under the historical and structural application. The data collection initiated a quantitative introductory approach, with direct application of 100 questionnaires, to achieve the case study technique, with a complete interview made with 12 nurses, distributed into two groups: *A – Nurses that are close to the political character and B – Nurses that are distant from the political character.* Utilizing the political character categories, emancipation and care, the analysis detected some typical political weaknesses in nurses and proposed profile indications closer to the political character. The study indicates the perspective to strengthen the idea of the emancipating care in nursing, making it possible as a social policy that reorganizes social disparities.

SUMÁRIO

	Pág.:
INTRODUÇÃO	10
 1º PARTE – REFERENCIAL TEÓRICO	
CAP.1- QUALIDADE FORMAL E QUALIDADE POLÍTICA	14
1.1-QUALIDADE POLÍTICA E DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	29
1.2- QUALIDADE POLÍTICA E EMANCIPAÇÃO.....	41
CAP.2- ENFERMAGEM E O CUIDADO : POSSIBILIDADES EMANCIPATÓRIAS À POLÍTICA SOCIAL	52
2.1- CONCEPÇÕES EMANCIPATÓRIAS DE CUIDADO.....	53
2.2- ENFERMAGEM E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO.....	66
 2ª PARTE : ESTRUTURAS METODOLÓGICAS	
CAP.3- PESQUISA QUALITATIVA.....	91
3.1- ESTRUTURAÇÃO, CATEGORIAS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	102
3.2- ANÁLISE QUALITATIVA DE DEPOIMENTOS.....	131
 3ª PARTE : DINÂMICA EMANCIPATÓRIA	
CAP. 4: ENFERMEIRO : DA PRIMAZIA DA QUALIDADE FORMAL À RELAÇÃO DIALÉTICA COM A QUALIDADE POLÍTICA.....	159
4.1- ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL.....	168
4.2- CUIDAR EMANCIPATÓRIO DO ENFERMEIRO : POSSIBILIDADES E LIMITES.....	174
 CONCLUSÃO	 180

	Pág.:
ANEXO 1- CENÁRIO DA AMOSTRA – GRÁFICOS.....	183
ANEXO 2- QUESTIONÁRIO	191
ANEXO 3- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	195
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	196

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma atividade profissional historicamente produzida e influenciada pelo cotidiano em que se insere, onde convivem atores diversos em tensos processos de correlação de força e disputa por espaços. Dentre os conflitos e contradições existentes na prática social da enfermagem, destacam-se a divisão social do trabalho dentro da equipe de saúde e de enfermagem, acentuando dicotomias entre o pensar e o fazer, o confronto de poderes e saberes institucionais, a influência da questão do gênero na profissão, fortes presença do modelo biomédico na atuação de seus agentes e ideologia conservadora e pouco crítica presente na formação e prática destes profissionais.

O enfermeiro, profissional de nível superior responsável técnico pela equipe de enfermagem, tem atuação amplamente diversificada nas políticas sociais. Além da assistência à saúde individual e coletiva, atua em projetos de promoção à saúde, na educação e pesquisa, na gestão e gerência de programas, projetos e serviços, como também em consultorias e assessorias técnicas na área de saúde e educação.

Com a crescente demanda por profissionais tecnicamente competentes, flexíveis e polivalentes imprimida pela transformação no mundo do trabalho e influenciada pela lógica do mercado, o enfermeiro tem sido amplamente requisitado a ocupar espaços cada vez mais estratégicos na implementação de políticas de saúde. Além disso, este profissional influencia diretamente grande parte da força de trabalho em saúde, constituindo-se elemento importante tanto na formulação quanto na operacionalização das ações em saúde, tendo sido mesmo recomendado por organismos internacionais como importante estratégia ao fortalecimento de sistemas de saúde¹.

¹ OPS (2001)

A inserção da prática da enfermagem nas políticas sociais, principalmente de saúde, tem historicamente contribuído para operacionalização de programas governamentais sem a devida crítica de contexto e conjuntura capazes de reordenar de forma mais inclusiva os poderes institucionais. No geral, a profissão gera e reproduz as ideologias de processos de dominação excludentes, legitimando-os no espaço social de sua prática.

Apesar da excelência técnica do enfermeiro, nem sempre este profissional percebe criticamente as contradições e conflitos inerentes ao contexto de sua prática, intervindo mais para legitimar poderes outros, que imprimir com voz própria as marcas de sua prática. Além disso, pouco percebe a condição de sujeito histórico, co-autor de conquistas sociais e coletivas. Tanto a formação do enfermeiro, marcada pelo modelo biomédico de atuar em saúde, por traços fortes do militarismo, subordinação histórica e religiosidade, quanto a prática, inserida acriticamente nas políticas sociais para legitimar discursos hegemônicos, contribuem para a **fragilidade política deste profissional**.

A qualidade política se traduz na capacidade de intervenção crítica e criativa das pessoas em cenários históricos, amparada pelo conhecimento inovador e pela participação dos sujeitos, podendo alargar chances e conquistas. Este estudo investiga a fragilidade política do enfermeiro em contextos sócio-históricos específicos, desenvolvendo a hipótese de que ***"A qualidade política e a qualidade formal são importantes para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, potencializando um agir (ou cuidado) comprometido com a emancipação"***.

Com o intento maior de apontar um perfil mais aproximado da qualidade formal e política ao profissional enfermeiro, capaz de autogestão e intervenção crítica, também fazem parte dos objetivos deste estudo : conceituar qualidade formal, qualidade política, cuidado e emancipação e investigar a

qualidade formal e política do enfermeiro, detectando conflitos e fragilidades presentes no discurso e prática deste profissional.

Acredita-se que o enfermeiro com qualidade formal e política, baseada no conhecimento inovador e na participação, pode contribuir para reduzir desigualdades sociais, através do cuidado emancipatório, entendido como relação solidária, interativa e ambígua que se refaz na autonomia do outro. A concepção emancipatória do cuidar, em uma visão ecológica e epistemológica, envolve a tensão dialética entre o gesto de ajuda em prol do outro e a expectativa autônoma de poder dispensá-la, exigindo reconstruções dialéticas permanentes.

Esta pesquisa está estruturada em três partes articuladas e intercomplementares. Na primeira, referencial teórico, procura-se respaldar teoricamente a discussão sobre qualidade formal e política, emancipação e cuidado, à luz principalmente da teoria da pobreza política de Demo (1990), da idéia de desenvolvimento humano da ONU/PNUD concebida de maneira crítica, das considerações sobre autonomia, poder e emancipação em Bauman (2001), Santos (2000) e Foucault (1979), bem como dos questionamentos paradigmáticos em Capra (1982) e Boff (1999).

Num segundo momento, estrutura metodológica, aprofunda-se o quadro metodológico deste estudo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com método dialético de abordagem, sob o enfoque histórico-estrutural, utilizando-se das idéias da hermenêutica de profundidade, em Thompson (2000), e da análise do discurso, em Orlandi (2001) para proceder a análise dos depoimentos. A coleta de dados partiu de incursão introdutória mais quantitativa, com aplicação direta de 100 questionários, para chegar a técnica *de estudo de casos*, com entrevista de profundidade a 12 enfermeiros, distribuídos em dois grupos, *a-com aproximações da qualidade formal e política e b- com fragilidades políticas exemplares*. Do cruzamento das interpretações dos dois grupos surgiram indicações mais

delineadoras de um perfil aproximativo do enfermeiro com qualidade política e formal.

O terceiro momento, denominado dinâmica emancipatória, procura articular intensamente o referencial teórico com as estruturas que o compõem, movimentando-se na perspectiva de propor possibilidades emancipatórias ao cuidado da enfermagem, se assumido numa concepção ecológica e epistemológica, já então política social por diminuir desigualdades sociais. O entendimento da enfermagem enquanto prática social emancipatória vai se delineando como debate importante para esta investigação, encontrando no cuidado da profissão possibilidades reais de democratizar relações assimétricas de poder, tornando-as mais inclusivas e justas.

1º PARTE:

REFERENCIAL TEÓRICO

CAP. 1- QUALIDADE FORMAL E QUALIDADE POLÍTICA

- 1.1- QUALIDADE POLÍTICA E DESENVOLVIMENTO HUMANO
- 1.2- QUALIDADE POLÍTICA E EMANCIPAÇÃO

CAP.2- ENFERMAGEM E O CUIDADO: POSSIBILIDADES EMANCIPATÓRIAS À POLÍTICA SOCIAL

- 2.1- CONCEPÇÕES EMANCIPATÓRIAS DE CUIDADO
- 2.2- ENFERMAGEM E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO

CAPÍTULO 1 - QUALIDADE FORMAL E QUALIDADE POLÍTICA

A concepção de qualidade, enquanto capacidade de intervenção humana, inscreve-se no plano subjetivo das relações sociais de contextos sócio-históricos², reconstruindo-se no cotidiano³. A idéia de "contexto", aqui, expressa-se pela provisória delimitação de tempo, espaço e produção de idéias compartilhadas por atores sociais diversos. Longe de cercear a dinamicidade e/ou ambivalência dos processos sociais estudados, a delimitação de épocas e marcos serve para apreender estruturas que se reeditam com maior freqüência no contexto em foco, entendendo a realidade como sempre mais complexa que a apreensão que dela fazemos⁴.

A tentativa de dimensionar a qualidade em "formal" e "política" neste capítulo é apenas um modo de sistematizar duas faces intercomplementares de um mesmo fenômeno processual. A qualidade formal constitui condição essencial para que a qualidade política se expresse enquanto atitude de intervenção no cotidiano, conferindo significado histórico aos saberes e atos da humanidade. Qualidade formal e política constituem um todo indissociável, a totalidade histórica superável pelos rumos da dialética⁵.

Entenda-se qualidade como atitude criativa capaz de construir (e reconstruir) cotidianos mais dignos, justos e equânimes. É traço do fazer histórico, participativo, inovador de si, do próximo e das relações em sociedade. A

² Adota-se aqui as concepções metodológicas de re-interpretação de fenômenos significativos em contextos sócio-históricos elaboradas por Thompson (1995), à luz da hermenêutica de profundidade (HP).

³ Veja-se cotidiano como um mundo intersubjetivo por excelência, onde ocorrem sínteses momentâneas e localizadas de determinações globais. Também dia-a-dia ou senso comum, rico em diversidades, aprendizados e oportunidades pessoais e coletivas (Santos, 2000).

⁴ Utiliza-se a palavra "reedição" na tentativa de querer ampliar a noção de reprodução e, também, por entender que os fenômenos não se duplicam mecanicamente, mas se reelaboram a cada processo de aparente repetição. Um maior aprofundamento sobre "realidade" será apresentado na segunda parte desta dissertação, onde pretende-se delinear as "Estruturas Metodológicas" deste estudo.

possibilidade da qualidade só existe em cenários ambivalentes, ambíguos e relativos, já que a inovação é seu cerne.

Apesar de não ser facilmente mensurável, a qualidade prescinde de cenários, estruturas e idéias referenciais para que possa ser compreendida. A categorização de “mais” ou “menos” qualidade, se é que assim se pode fazê-lo, é provisória e contingencial, já que as intrincadas redes e estruturas de poderes e micropoderes em sociedade são complexas e movediças, como defende Foucault⁶.

Melhor que dimensionar a qualidade em “mais” ou “menos” é percebê-la enquanto ***capacidade de intervenção crítica e participativa, gerida a partir de atores sociais em contextos sócio-históricos específicos, capaz de co-influenciar cenários e idéias, co-reordenar valores e símbolos, co-redistribuir poderes e oportunidades***⁷.

Percebe-se que é através da qualidade política que o homem elabora projetos próprios de desenvolvimento, respaldados no exercício crítico e criativo da participação. ***A qualidade política contribui para redistribuir riquezas, saberes, poderes e oportunidades, traduzindo-se em política social.*** Ou seja, é pelas vias da participação, em todas as formas em que ela se manifesta, que a cidadania⁸ se torna possível. A participação é processo pelo seu caráter inacabado, possível e incompleto, já então dialético. Participar é ato e atitude das relações humanas em sociedade.

⁵ As leis e categorias da dialética, melhor abordadas na segunda parte, refletem a forma dinâmica e provisória com que este método entende a realidade. É sobretudo o sentido da reconstrução de contextos sócio-históricos que aproxima a dialética dos fenômenos qualitativos.

⁶ Foucault, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

⁷ O prefixo “co” é aqui utilizado para dar idéia de “co-gestão”, no sentido de que gestão é um processo coletivo, no qual cada pessoa tem um certo poder de inferir sobre os cotidianos. Sobre o assunto ver Campos, G.W S. **Um Método de Análise e Co-gestão de coletivos**, São Paulo: Hucitec, 2000.

⁸ Entenda-se cidadania como processo inclusivo de pessoas e grupos, mais coletivo que individual, menos assente em direitos e deveres, ou em suas vertentes civis e políticas, que em formas multidimensionais de participação, não liberais ou estatizantes. Sobre o assunto, ver principalmente a rica contribuição de Santos (2000:235-280), que faz uma análise sócio-histórica sobre a relação entre subjetividade, cidadania e emancipação desde a teoria política liberal até a contemporaneidade pós-moderna, com seus múltiplos afetos e desafetos.

Como tudo que é dinâmico, também a ação participativa acontece em múltiplos movimentos, em complexas redes de inter-relações temáticas. Os atores movem-se para participar e participam em eterno movimento. Aliás, a própria participação veste-se de movimento, já que assume várias formas de atuações e significados simbólicos. Uma mesma pessoa pode contribuir para um sindicato freqüentar fóruns de debates em associações, conselhos, congressos, atuar em OnG's, participar de colegiados ou cooperativas. Pode ainda usar outros símbolos para se manifestar, como as artes, a música, a literatura, enfim, os muitos pulsares da vida.

Transcrito na singularidade e subjetividade dos símbolos culturais, a participação fragmenta-se, fluidifica-se, virtualiza-se em processos eletrônicos, quase transmutando-se em várias outras formas. Se, por um lado, ampliam-se as possibilidades de atuação do sujeito, por outro, torna difícil interpretar sua significação política (e mesmo seu significado simbólico). Afinal, participar é também se comprometer com uma proposta que precisa estar clara e bem definida para que outros possam nela se identificar, gerando ações coletivas.

A participação, como processo organizado capaz de inferir nos cotidianos históricos, assume destaque e adquire múltiplas manifestações, típicas da complexidade da sociedade pós-moderna⁹. Se por um prisma amplia-se a subjetividade plural do social, por outro, a cidadania e a emancipação continuam ameaçadas e fragilizadas.

Sabe-se que a complexa sociedade contemporânea, ditada por um modelo de desenvolvimento mercantilizado, acentua as desigualdades nos países

⁹ Sobre a "pós-modernidade", alude-se a discussão teórica de Bauman (2000). Para este autor, a pós-modernidade, inspirada nos valores de Liberdade (restrita ao consumo), Diversidade (ditada pelo mercado) e Tolerância (em relação às diferenças), é a modernidade chegando ao acordo com sua impossibilidade. Ele acredita que *"sejam quais forem os valores da pós modernidade que consideremos, todos apontam (pelo menos tacitamente ou por eliminação) para a política, a democracia e a cidadania como únicos veículos de sua realização. (...) A Pós-modernidade não é o fim da política nem da história. Ao contrário, o que quer que atraia na promessa pós-moderna é*

pobres, tornando mais difícil a participação coletiva. GONH (1995), por sua vez, ao traçar a história dos movimentos e lutas sociais no Brasil, afirma que por mais que tenha havido concessão de direitos pelas elites, estes não teriam acontecido sem as muitas reivindicações coletivas que ajudaram a construir a cidadania brasileira.

A evolução sócio-histórica dos processos participativos expressos pelos movimentos sociais incluem a emergência, na década de 80/90, da discussão teórica sobre os denominados Novos Movimentos Sociais (NMS). Os NMS identificam outras formas de opressão que extrapolam as relações de classe, advogando um novo paradigma social mais pautados na qualidade de vida e na cultura que na riqueza ou bem-estar material. A dominação atinge grupos sociais transclassistas, ou a sociedade como um todo. Os movimentos por conquistas, então, exigem respostas capazes de transformar o *cotidiano aqui e agora, e não num futuro longínquo* (Santos, 2000:257)¹⁰.

Para que ocorra qualidade política, através da participação, há de se reinventar a democracia e a epistemologia como sugere Santos¹¹. Trata-se de difundir intervenção crítica e criativa em redes sociais que se movam inacabadamente em direção à participação, tornando-a conquista, portanto, emancipatória. As pessoas podem influenciar os rumos do cotidiano nas relações e interações sociais, nas formas plurais de participar e de se organizar coletivamente, na maneira de conhecer e de atuar no mundo, enfim, nas múltiplas possibilidades de ser e conviver entre iguais e diferentes.

algo que pede mais política, mais compromisso político, mais eficácia política na ação individual e comunitária (...)" (p. 294).

¹⁰ Santos (2000) analisa o surgimento e possibilidades dos NMS para a crise paradigmática pós-moderna. O autor descreve os NMS nos países centrais (Europa, América do Norte): ecológicos, feministas, antiracistas, de consumidores e auto-ajuda e na América Latina (países periféricos): Movimentos Sociais Urbanos, Movimento Rural, CEB's, Novo Sindicalismo Urbano, feminista, ecológico.

¹¹ - SANTOS, B. S. **Reinventar a Democracia**, Lisboa: Ed. Gravia, Cadernos Democráticos, 1998.

Recriar possibilidades democráticas pressupõe qualidade política no conhecer, no fazer, no ser e no conviver. Significa eleger a ética e a solidariedade¹² enquanto disposição para se lutar pela causa alheia, como vertentes da participação, do compromisso e da equidade social. Neste sentido, é possível reinventar democracias, cidadanias, culturas, poderes, saberes e pulsares de vida digna.

Qualidade política é tornar historicamente relevante os processos participativos, redimensionando poderes em relações de *autoridade partilhada*. Como bem diz Santos (1997:271): "(...) *politizar significa identificar formas de poder e imaginar formas práticas de as transformar em relações de autoridade partilhada*". Participar significa democratizar poderes, transcendendo o mero ato de votar, repolitizando as práticas sociais em seus múltiplos espaços. Poder de decidir, de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, de argumentar, de ter acesso às garantias mínimas de uma vida digna.

Outro pressuposto importante ao fenômeno da participação é a auto-sustentação. Indubitavelmente, o fator econômico, e em última instância o poder de consumo em uma sociedade capitalista, diferencia qualitativamente os níveis de participação das pessoas em sociedade. Não pode haver participação onde impera a fragilidade política e a pobreza material. Muito menos são participativos os atos provenientes de doação ou concessões¹³.

Qualquer associação ou organização da sociedade civil que se auto-sustente será mais autônoma e livre de interesses outros que não os de seus membros. Aliás, as características essenciais do processo participativo, na visão de

¹² Para Bauman (2000), em tempos pós-modernos precisamos passar da tolerância, restrita à indiferença e isolamento, à solidariedade, capaz de construir destinos mais justos. Afinal, "*É pelo direito do outro que o meu direito se coloca*" (2000: 249). Passar da "tolerância à solidariedade", não é negar a "tolerância", já que solidariedade requer tolerância infinita, mas resignificá-la na relação dialética em busca da superação.

¹³ Sobre o assunto, ver Demo, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa**, São Paulo: CORTEZ, 1993. Também do mesmo autor, **Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida**, São Paulo: Autores associados, 1995.

Demo (1993), são: legitimidade, representatividade, participação da base e auto-sustentação. Entende-se, pois, que reside neste contexto a qualidade política dos processos de participação da sociedade organizada.

A Qualidade política é atributo humano em essência que se renova continuamente para manter sua intensidade. A intensidade da qualidade política é construída e (re)elaborada criativamente no cotidiano, através do conhecimento. Em uma frase: **qualidade política é a possibilidade que o homem tem de conquistar sua emancipação¹⁴, fazendo e refazendo história, intervindo criativamente no cotidiano através da participação.**

Conceber dialética como maneira de pensar¹⁵ preocupada em perceber a emergência do novo na realidade propõe o movimento por mudanças como fenômeno humano por excelência . A elaboração constante do pensamento já é, em si, dialética, pois transforma-se continuamente. Nessa linha de análise, vale considerar que somos essencialmente história em construção, imperfeita e possível ao mesmo tempo.

A exigência que a qualidade tem de si mesma, na perspectiva dialética de se superar, requer disciplina e rigor em todas as fases de seu processo de constante *vir-a-ser*. O pressuposto do *conhecimento* é condição necessária para o desenvolvimento da qualidade. Entenda-se por conhecimento o processo de **reconstrução permanente do saber, capaz de intervir criticamente em contextos sócio-históricos específicos**. Para acompanhar os avanços impostos por um mundo "global", onde a informação e a tecnologia se renovam a cada segundo, exige-se cada vez das pessoas habilidades em gerenciar informações através do conhecimento inovador.

¹⁴ O conceito de emancipação será discutido no item 1.1- Qualidade Política e emancipação. Por ora, vale considerar que a emancipação se traduz na possibilidade de democratizar e reordenar relações assimétricas de poder, sendo capaz de gerir destinos com relativa autonomia.

¹⁵ Konder, L. **O que é Dialética ?** São Paulo: Brasiliense, 1984.

Falar em conhecimento, enquanto saber humano *reconstrutivo*¹⁶, é conceber a qualidade formal como caminho acertado de construção metódica. Por **qualidade formal entenda-se os meios, as técnicas, os procedimentos necessários e pertinentes ao fazer pragmático humano**. Respalda-se na lógica, principalmente, enquanto forma de pensar e agir sobre o mundo.

A qualidade formal é tão necessária à ação humana quanto sua dimensão política. Na realidade, pensar dialeticamente uma realidade é entender que a forma, a técnica, o conteúdo, jamais podem vir dissociados de sua dimensão ética. De nada vale o exímio especialista que não é capaz de perceber os conflitos, ideologias e contradições existentes na prática social dos homens. Em um exemplo extremo, um cientista nuclear, capaz de construir bombas atômicas cada vez mais sofisticadas e poderosas, deve também saber se posicionar sobre seu uso. Nessa discussão, é a dimensão política do conhecimento que realmente importa.

A capacidade de mudar, crescer e apreender ao longo dos tempos está diretamente relacionada ao processo da criatividade como dimensão humana. A elaboração do pensamento em favor da criação, construção, abstração e recriação de realidades é traço próprio do fazer humano, já então qualidade política.

O processo de criação dignifica a transcendência de limites como possibilidade, alimento e sustentáculo da equidade social. A criatividade, ao renovar continuamente os desafios, torna a convivência humana melhor pela sensação de poder que ela enseja. A criatividade conduz-nos à emancipação se alicerçada nos campos do *saber pensar*. É sempre possível ao homem modificar os rumos da história pela percepção crítica e criativa que tem da realidade, através da construção do conhecimento.

A castração da criatividade humana constitui artimanha de dominação. É mais fácil enganar, subjugar, empobrecer, explorar, domesticar e adestrar aquele

¹⁶ Demo, P. **Questões Para a Teleeducação**, São Paulo: Vozes, 1998.

que não enxerga saídas ou soluções para seus problemas, não se percebe objeto de manipulação, conforma-se com o que lhe é oferecido como “dádiva” (mesmo sendo direito inalienável) e não questiona o contexto ou situações em que está inserido. Aceita a pobreza como conseqüência natural das coisas, resignadamente.

À luz das idéias de Demo¹⁷, pior que a *pobreza* material é a pobreza política de não perceber porque se é pobre. A passividade e submissão presentes na fragilidade política contribui para usurpar possibilidades criativas de existência. Através da ideologia¹⁸, entendida como *discurso a serviço do poder*, restringe-se o caráter emancipatório da participação, direcionando sentidos e realizações humanas. A ideologia emite aos grupos sociais códigos decifráveis sobre o que pensar, o que comer, o que fazer e não fazer, o que sentir, em quem votar, a quem adorar, o que ser e, sobretudo em tempos de globalização, o que consumir.

A falta de qualidade política significa pobreza política pela incapacidade de analisar criticamente o real e de intervir para mudá-lo. Não se pretende aqui usurpar a ambigüidade dialética presente nos fenômenos e relações sociais, mas resignificá-los enquanto variáveis que se interpenetram na totalidade histórica. Se mensurar a pobreza material é procedimento complexo e relativo (e válido), onde o PIB (Produto Interno Bruto) per capita¹⁹ já não traduz a real dimensão da miséria entre os povos, que dirá medir sua dimensão política. Ao invés, ***trata-se de se interpretar provisória e discutivelmente a potencialidade de intervenção***

¹⁷ -DEMO, P. **Pobreza Política**. São Paulo: Cortez, 1992.

¹⁸ Thompson (2000) repensa a teoria da ideologia à luz do desenvolvimento dos meios de comunicação. Para este autor, “O conceito de ideologia pode ser usado para se referir como o sentido (significado) serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações de poder que são sistematicamente assimétricas – que eu chamarei de dominação” (p.:16). Entenda-se ainda que os processos de transmissão e recepção das “formas simbólicas” nas relações sociais não ocorrem de maneira linear, envolvendo *interpretação própria em campo pré-interpretado*. Assim, o entendimento, a valorização e a avaliação das “formas simbólicas” transmitidas dependem da posição que a pessoa ocupa em “instituições ou campos socialmente estruturados”. É sobretudo a qualidade política que torna possível reverter ou reordenar tais “relações sistematicamente assimétricas” entre as pessoas.

¹⁹ - PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO), “**Relatório de Desenvolvimento Humano-1998**”, Lisboa: Trinova editora, 1998.

crítica presente no campo-sujeito-objeto ²⁰ capaz de reordenar assimetrias de poder.

Controlar, através da ideologia, a expressão criativa humana, direcionando-a para interesses de grupos em posições privilegiadas de poder, contribui para o aprofundamento de ambas as faces da pobreza, tanto a material quanto a política. Para Leite²¹, a criatividade tem sido valorizada somente em seu aspecto de *resolução de problemas*, desconsiderando o caráter utópico e transformador do ser criativo, o qual propõe uma sociedade fundada na realização humana.

Especialmente em tempos ditados por mercados globais e complexos, onde a diversidade e descartabilidade das opções de consumo alimentam os lucros, a criatividade tornou-se o principal ardil da pretensa liberdade individual do cidadão consumidor. Aliada à ideologia, ou intimamente imbricada nela, está o consumismo exagerado imposto por uma mídia cada vez mais comprometida com o *mercado global*.

Entenda-se por *mercado global* a atual tendência de romper barreiras geográficas, culturais, políticas e de estado, através de tecnologias como a internet e do capital financeiro das bolsas de valores, transnacionalizando demandas e ofertas. Apesar dos avanços e vantagens desta *globalização*, ela traz sérias repercussões negativas para os países pobres: desemprego, exclusão social e aumento da desigualdade social.

É mais confortável usurpar dignidade de pessoas que já se sentem excluídas por não poderem consumir aquilo que lhes confere participação em um grupo. Os padrões de consumo, hoje em dia, reproduzem sem muito esforço a ideologia do poder. A noção de concorrência perfeita, usada pela economia para

²⁰ Ver aprofundamento desta discussão na 2ª parte deste estudo, *Estruturas Metodológicas*.

²¹ -LEITE, E. Dinâmica Evolutiva do Processo Criativo. in: **Criatividade - Expressão e Desenvolvimento** (pp.205-228). Petrópolis: Vozes, 1994.

explicar o equilíbrio do mercado onde existem múltiplas ofertas e múltiplas demandas, torna o investimento em propaganda uma virtuosa arma de consumo e, de certa forma, de certo controle da população *menos cidadã*²².

A liberdade do cidadão pós-moderno está cada vez mais “*privada*” (Carvalho, 1998). Decide-se cada vez mais sobre opções de consumo cada vez menos relevantes (como o melhor computador, a melhor companhia telefônica, o melhor plano de saúde). Enquanto isso, as grandes questões sociais, como acesso a educação e saúde de qualidade, transparência administrativa sobre a gestão de bens e serviços públicos, enfim, os grandes e cruciais alargamentos de oportunidades, ainda são determinados com pouquíssima participação política dos cidadãos.

A possibilidade ‘privada’ de consumo do cidadão pós-moderno²³ torna-o cada vez mais individual, em uma sociedade plural, global, ditada pelo mercado. A luta pela sobrevivência, desumana e exigente, exacerba o lado perverso e excludente da competitividade do capitalismo.

Ao desenvolver conceitos de *pobreza política*, Demo²⁴ acrescenta o aspecto de incapacidade de auto-gestão humana de um povo incapaz de criar seu próprio projeto de desenvolvimento. A historicidade capaz de gerir e influir sobre o destino diferencia as sociedades em termos de *qualidade política*. Quanto mais consciente do papel de ator social que se pode conquistar, mais próximos da emancipação, construtora e recriadora de cotidianos mais dignos.

²² Sobre os aspectos mais técnicos e formais da Globalização, ver Caldas, R. W. **Introdução à Globalização – noções básicas de economia, marketing e Globalização**, São Paulo: Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 1998. As conseqüências sócio-políticas excludentes do modelo econômico centrado do mercado global podem ser visitadas em Santos, B. S. **Pela Mão de Alice - O social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 2000. Por “*Cidadão-consumidor*” entendemos aqueles que estão incluídos na sociedade mercadológica, com chances de alargar suas oportunidades e escolhas através do consumo de bens e serviços, inclusive os sociais.

²³ CARVALHO, J. M. (1999, 30 de maio). **A liberdade dos pós-modernos**. Folha de São Paulo, Caderno Mais!.

²⁴ Demo, P. **Pobreza Política**, São Paulo: Cortez, 1992. DEMO, Pedro. **Combate à Pobreza**, Campinas: Autores Associados, 1996.

As sociedades são desiguais, se assim não fosse, já não seriam humanas. Os homens são essencialmente diferentes, desiguais, plurais. Diz-se, então, que a desigualdade é o componente "estrutural" da sociedade, já que faz parte dela. Isto não significa que a "desigualdade" sempre será injusta. É possível viver com dignidade em sociedades desiguais. Para tanto, deve-se mergulhar criticamente na realidade, percebê-la em várias dimensões (tantas quanto forem possíveis para nossa limitação humana), atuando significativamente em seus rumos como sujeito, não como *objeto atomizado*.

Não se pretende neste trabalho mitificar ou romantizar o caráter árduo dos enfrentamentos históricos e da mobilização popular para se minimizar as injustiças sociais, inclusive a econômica. Sabe-se também que condicionantes sócio-econômicos, como moradia, saúde, expectativa de vida, educação, renda e acesso a bens de consumo, determinam sobremaneira a pobreza material como obstáculo à cidadania crítica, atuante, participativa, "*criativa*".

O caráter estrutural das desigualdades sociais, enquanto marca registrada das sociedades, acentua eternos contrários superáveis dialeticamente nos enfrentamentos cotidianos. Não que seja simples ou banal tal emancipação, pois envolve luta política, capacidade organizativa, conhecimento, autonomia econômica e níveis elaborados de participação social. Perceber que as sociedades serão eternamente diferentes, ambíguas²⁵, desiguais, plurais e, por isso mesmo, renováveis, constitui detalhe importante à qualidade política dos sujeitos.

Por estruturas, entendam-se componentes centrais de processos ou relações sociais que se re-editam no cotidiano. Tais componentes, apesar de não serem fixos ou "imutáveis", têm uma solidez ou durabilidade maior no contexto histórico em curso. Estamos falando, por exemplo, de causas mais consolidadas da exclusão social, como o viés assistencialista de programas emergenciais, o clientelismo e coronelismo historicamente reproduzido na cultura política brasileira, a fragilidade

²⁵ Bauman, Z. **Modernidade e Ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed, 1999.

histórica de políticas sociais incapazes de oportunizar redistribuição de renda e poder, ou mesmo o modelo de desenvolvimento econômico centrado muito mais no mercado que nos direitos da pessoa humana²⁶.

Tanto o contexto sócio-histórico, como as estruturas que o compõem, movem-se processualmente nos rumos e prumos da realidade. Nada é estático ou mecanicamente condicionado, e a única certeza possível é sua própria provisoriamente ou ambivalência. Tudo que é real se move e a capacidade de apreensão humana da realidade é apenas aproximativa dentro de universo sempre mais complexo. Não se trata de limitar ou cercear a dinâmica desta realidade, rica em diversidades e possibilidades, mas captar provisoriamente alguns elementos centrais que se reeditam com maior frequência no cotidiano.

A dialética caminha sempre a partir do que é desigual. A pluraridade das manifestações humanas é que potencializa a ação de mudar, reconstruindo realidades, fazendo e refazendo história. Porque somos essencialmente produtos e sujeitos históricos é que a mudança se torna real. Entender tudo isso, porém, requer níveis de percepção da realidade elaborado criticamente através do conhecimento.

Alguns ensaios de premissas básicas para fortalecer a qualidade dos processos políticos, reduzindo suas fragilidades e pobreza, redistribuindo riquezas e oportunidades, podem ser minimamente elencadas:

- a) Construir uma educação formal de qualidade, baseada no conhecimento inovador e na pesquisa;
- b) Garantir, através do fortalecimento da participação coletiva, acesso equânime às políticas sociais básicas (saúde, educação, assistência) às camadas excluídas da sociedade;

²⁶ Para aprofundamento sobre assistencialismo, ver : Demo, P. **Educação pelo Avesso : Assistência como direito e como problema**. São Paulo: Cortez, 2000.

c) Investir no potencial humano de ser sujeito de seu próprio desenvolvimento, através do estímulo à criatividade como arma eficaz de combate às pobreza materiais e políticas;

d) Politizar espaços e relações na intrincada rede social pós-moderna, como possibilidade de reordenar valores e símbolos, co-influenciar cenários e idéias, co-redistribuir poderes.

A qualidade política torna-se possível quando arraigada de conquista histórica. Não é processo fácil, sequer único, apenas possível e incompleto, requerendo esforço coletivo e reconstrutivo de cotidianos. Os aspectos excludentes da globalização, que coloca o mercado acima das pessoas, solicita esforços plurais de enfrentamento que passa pelo conhecimento crítico e pela participação, mediadas, até onde for possível, pela qualidade política. ***Trata-se, pois, de entender qualidade política como participação crítica em cenários históricos, por contribuir para a redução das desigualdades e exclusão social, se mediadas pelo conhecimento inovador.***

Entenda-se ***política social como campo de articulação, ambíguo e processual, entre diversos atores, saberes, práticas, relações, estratégias, conhecimentos, disputas e conquistas de espaços capazes de diminuir a exclusão social, aumentando as chances de escolha das pessoas em determinado contexto sócio-histórico.*** A qualidade política da intervenção de sujeitos em cenários específicos constitui uma política social a medida em que contribui para redistribuir renda e poder, resignificando valores e símbolos, democratizando espaços e posições assimétricas de poder²⁷.

²⁷ Para aprofundamento teórico sobre teorias da política social ver : Polanyi, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**, Rio de Janeiro: Campus, 1980; Carnoy, M. **Estado e Teoria Política**. Tr. Br. São Paulo: Papyrus, 1988; Marshal, T. H. **Cidadania e Classe Social**, in : **Cidadania, Classe Social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967; Coimbra, M. A. **Será que o Marxismo responde à pergunta de como surgem as políticas sociais?**, in: Abranches, S.H et alli, **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987; Faleiros, V. P. **Política Social do Estado Capitalista**, São Paulo: Cortez, 2000; Demo, P. **Política Social**,

Aponta-se então uma alternativa viável: resgatar experiências humanas diversas que promovam solidariedades socialmente inclusivas. Tudo urge, desde que possa desencadear processos de civilidade política na construção de uma sociedade mais justa, apesar e sobre suas diferenças²⁸. Em um mundo complexo, deve-se contrapor às injustiças de maneira plural, com ética e compromisso humano de melhorar nossa história. É apenas um começo, que pode ser continuamente refeito.

Educação e Cidadania. Campinas: Papyrus, 1996; Demo, P, **Política Social do Conhecimento – sobre futuros do combate à pobreza.** Petrópolis: Vozes, 2000.

²⁸ Bauman, Z. **Modernidade e Ambivalência,** Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed, 1999.

1.1- QUALIDADE POLÍTICA E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Resguardada uma posição crítica frente aos *Relatório sobre Desenvolvimento Humano (RDH)/ PNUD/ONU* ²⁹ por revelarem traços nítidos do neoliberalismo³⁰ econômico, particularmente quanto à exacerbação do mercado sobre a cidadania, é preciso contemporizá-lo como importante documento elaborado sobre as realidades dos países. Válido também realçar que a competência dos técnicos, muitas vezes, escapa à ideologia institucional.

Pretende-se resgatar a noção de *Desenvolvimento Humano* elaborada pela ONU/PNDU como pressuposto importante à qualidade política, porém sempre com espírito crítico e renovador. Ao conceituar desenvolvimento sob a adjetivação humana, a ONU aproxima conceitualmente o fenômeno do *Desenvolvimento* à idéia da qualidade - sendo esta dialeticamente reconstruída no cotidiano.

É importante frisar que o fenômeno da qualidade aqui exposto diz respeito à contínua construção dos homens, portanto inacabada, sempre aperfeiçoável, incompleta, dinâmica, própria da insatisfação humana. Discorrer sobre **humano**, remete-nos à idéia de integralidade, pluralidade de manifestações,

²⁹ A Organização das Nações Unidas (ONU), através do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)²⁹, elabora **Relatório sobre Desenvolvimento Humano**, desde 1990. A partir de então, as variáveis sobre o desenvolvimento das nações passam a ter um enfoque mais ampliado e complexo, pois surge como principal medida o **IDH**, Índice de Desenvolvimento Humano. O IDH apóia-se em três indicadores sociais: escolaridade, expectativa de vida e renda associada ao poder de compra. Até 1990, o indicativo maior para se saber se o país era rico ou pobre baseava-se no PIB *per capita*. Ao inserir o IDH nas suas variáveis, a ONU concebe que será mais *Desenvolvida* a Nação que proporciona condições dignas de vida traduzidas na longevidade dos homens, no acesso à educação e ao poder de compra. Também merece destaque a visão de *Desenvolvimento Humano* introduzida pelo PNUD/ONU, segundo o qual *‘Desenvolvimento Humano é um processo de alargamento das escolhas pessoais (...) As três capacidades essenciais para o desenvolvimento humano são as que permitem às pessoas ter uma vida longa e saudável, ser instruída e ter acesso aos recursos necessários a um padrão de vida decente’* (RDH-1998).

³⁰ O neoliberalismo, enquanto política de desenvolvimento econômico centrado no mercado transnacional globalizado, tem alargado significativamente as desigualdades social e miséria no mundo, já que os direitos sociais são minimamente garantidos àqueles que não estão inseridos na “liberdade” do consumo. Para aprofundamento, ver Anderson, P. **Balanço Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995; Offe, C. Algumas contradições do Estado Social Moderno, in: **Trabalho e Sociedade : problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Universitário, 1991.

reciprocidade com o meio, conflito e contradição, interação contínua, mutabilidade, construção, busca, elaboração permanente, incompletude, fazer histórico e mudança refletida.

É equívoco pensar em “qualidade total” quando se acredita no intenso poder transformador do homem. A adjetivação de “total” lembra perfeição, completude, intocabilidade - justamente o contrário do que sugere a qualidade e, conseqüentemente, a noção de *Desenvolvimento Humano*. Apesar disso, da idéia de “*Qualidade Total*”, difundida principalmente na administração dos serviços públicos e privado, vale ressaltar alguns pontos importantes. Merece consideração a proposta que nos remete ao fator *Desenvolvimento* enquanto ideal humano.

Nascido a partir de Teorias da Administração, principalmente a *Administração Científica, Comportamentalista e Sistêmica* (Barros, 1994), a *Qualidade Total* tenta trabalhar o pressuposto de que cada pessoa é responsável pelo que executa, não necessitando obrigatoriamente de *inspeção*. Tem-se, então, o homem como centro, idéia bem próxima a ONU que concebe o *Desenvolvimento como oportunidade e qualidade humana*.

É sabido, porém, que as empresas e órgãos privados que têm implantado a *Gestão da Qualidade Total (GQT)* o tem feito mais para aperfeiçoamento da margem de lucro da empresa, que pelo idealismo da proposta de elevar as condições de trabalho e vida do empregado.

Uma consideração importante apresentada pela ONU, diz respeito à definição de *Desenvolvimento* enquanto *Oportunidade*. O contexto sócio-econômico-cultural, bem como a formação política de um povo, pré-condicionam o direito (ou oportunidade) de escolha à possibilidade de conquistas dos cidadãos. Quanto mais cômico da condição de sujeito histórico e da participação como instrumento de construção de realidades, mais *desenvolvido* pode ser e mais qualidade política se pode ter.

É fenômeno de qualidade política por excelência a capacidade de *alargar as chances e escolhas de bem-comum*. Para se construir a oportunidade, fenômeno histórico, uma série de fatores interferem dinamicamente entre si, com o meio e com o homem. Longe de se querer “quantificar” ou classificar a essência do potencial humano para transformar, vale a consideração de que os condicionantes materiais de existência interferem sobremaneira na capacidade de conquista cidadã.

Longe da relação determinante *causa-efeito* que anula a vertente plural da realidade, é lícito afirmar que, para apreendermos qualitativamente alguma coisa, necessitamos de parâmetros quantitativos tanto quanto a interpretação subjetiva neles envolvidos. Quantidade e qualidade intercompletam-se como contrários dialeticamente superáveis. Veja-se aqui a mesma discussão feita no capítulo anterior sobre o viés formal e político da qualidade ³¹.

Bons indicadores sociais referentes à mortalidade infantil, desnutrição e doenças infecciosas na infância, cobertura vacinal, assistência ao crescimento e desenvolvimento de crianças entre 0 a 5 anos e nº de crianças na escola, por exemplo, apesar de não significarem necessariamente qualidade de vida ou ‘saúde’, indicam uma certa propensão ao nascimento digno enquanto direito humano inalienável.

Nessa linha, vale considerar que a ONU se apóia em valores mensuráveis para classificar os países segundo seu *Desenvolvimento Humano*. Os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH /ONU) são utilizados como parâmetros avaliativos. Ratifique-se aqui uma posição crítica à visão cartesiana dos fenômenos. Entenda-se a dialética também como adjetivação da qualidade e, portanto, não mensurável porque se move continuamente. Apesar (e sobre) isto,

³¹ Sobre o dialética, ver: Junior, J. F. D. **O que é Realidade?** São Paulo: Brasiliense, 1986. Konder, L. **O que é Dialética**. São Paulo: Brasiliense, 1993; Haguete, M. T. F. **Dialética Hoje**. Petrópolis: Vozes, 1990; Minayo, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

parece válido avaliar índices significativos ao *Desenvolvimento Humano* como possibilidade de conquistas sociais.

Cientes da importância resgatada pelos parâmetros do IDH, vale a consideração de não se restringir *Desenvolvimento Humano* a fatores meramente quantitativos. Viver mais não significa necessariamente viver melhor, assim como grau de instrução e poder aquisitivo não garantem bem estar, pois o homem é mais subjetividade, imprecisão e processo, que classificações rigidamente niveladoras.

A humanidade é mais que números. Somos emoções, manifestações de inteligências e histórias de vida, contradições, turbulências e calmarias, reciprocidade de energias, abstração, filosofia e poesia em construção, subjetividade e objetividade, pragmatismo e mistério, corpo e "alma", holismos, integralidade.

Feitas as devidas ressalvas sobre os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) utilizados pela ONU/PNUD, faz-se relevante pontuar algumas considerações sobre o Brasil por eles concluídas. Saliente-se que, apesar das restrições anteriormente elencadas, o IDH representa um avanço para se entender *Desenvolvimento* como oportunidade de cidadania emancipada³².

A exemplo da ONU, os países também vêm desenvolvendo seus Relatórios de Desenvolvimento Humano, com apoio do PNUD. O objetivo maior dos relatórios nacionais é aprofundar os dados contidos no relatório mundial, aplicando-os inclusive a estados e municípios. O Brasil elaborou seu primeiro relatório em 1996, tendo o IPEA como principal entidade nacional colaborativa do PNUD-Brasil. O segundo Relatório de Desenvolvimento Humano brasileiro, por sua vez, foi publicado em 1998, com dados relativos a 1997.

³² A cidadania emancipada conquista-se, principalmente, pela qualidade política das intervenções humanas em contextos sócio-históricos específicos. A qualidade política dos processos participativos, já então imprecisos e dinâmicos, podem conferir melhores escolhas às pessoas, ampliando continuamente a inclusão social e o bem-comum.

O primeiro *Relatório de Desenvolvimento Humano no Brasil -1996* (*RDH-Brasil-1996*) foi analisado com bastante propriedade por Demo (1996), na obra **Combate à Pobreza : Desenvolvimento como Oportunidade**. O autor descortina todas as ideologias contidas no Relatório, particularmente assumidas pelo IPEA, ao subsidiar a plataforma política do governo de Fernando Henrique Cardoso, marcadamente neoliberal.³³

Prova deste “*comprometimento*” pode ser facilmente detectada na *HOME PAGE* do PNUD. Na página do PNUD nacional, descreve-se um país em próspero desenvolvimento. No texto intitulado “*Brasil melhora sua posição no ranking da ONU*” (<http://www.undp.org.br>) tenta-se passar uma imagem positiva sobre o Brasil que pouco corresponde à realidade. Talvez mais transparente seja a divulgação do *ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL -1998*, já que apenas informa os dados colhidos, deixando a interpretação para o leitor.

Na análise realizada por Demo sobre o *RDH-Brasil-1996*, é relevante o alerta quanto a redução da *pobreza absoluta* e aumento da *pobreza relativa*. Ou seja, é claro que , em termos absolutos, com a evolução econômica e tecnológica, ricos e pobres melhoraram suas condições de vida ao longo dos anos (isto inclusive pode ser facilmente constatado nos relatórios internacionais). Apesar disso, os ricos sempre crescem vertiginosamente mais rápido em *relação* a pobres, aumentando a desigualdade entre as classes sociais e, conseqüentemente, a pobreza relativa.

Sobre as desigualdades sociais no Brasil, vale salientar que no *Relatório de Desenvolvimento Humano de 1992: dimensões internacionais de desenvolvimento humano/ONU*, o Brasil é apontado como o país que tem a pior distribuição de renda de todo o globo. Ao analisar a disparidade de renda entre os

³³ Muito pertinente a afirmação de Demo sobre o tom *menos severo* do Relatório Brasileiro, a exemplo do Relatório Internacional. Em suas palavras: “*A função do IPEA , e muito menos da ONU será criticar o governo. Mas é sempre possível formular análises menos comprometidas ideologicamente falando, a exemplo da própria ONU*” (Demo, 1996, p.170).

20% mais ricos e os 20% mais pobres, constata-se que, enquanto a renda dos cinco mais ricos na Suécia é cinco vezes maior, seis vezes maior na Alemanha, nove vezes maior nos Estados Unidos, no Brasil, é **TRINTA E DUAS VEZES** maior.

No Relatório de Desenvolvimento Humano –2000: Direitos Humanos e Desenvolvimento Humano – pela liberdade e solidariedade (RDH-2000), o Brasil ocupou o 74º lugar, bem atrás de Trinidad e Tobago (50º), México (55º) e mesmo a Colômbia (68º), país onde impera o narcotráfico com todas as suas conseqüências sociais. Triste constatar que continuamos aprofundando nossas pobreza.

O fato de um país ter alto Índice de Desenvolvimento Humano não lhe confere, automaticamente, eliminação da pobreza. Tanto é verdade que, em tempos de crise e globalização, é cada vez maior o número de excluídos nos países industrializados assolados pelo desemprego.

Claro que a condição de um desempregado na França (12º), com todas as garantias sociais provenientes dos *welfare state*³⁴, por exemplo, não chega nem perto das condições dos desempregados no Brasil. Para aferir isto, a ONU incluiu, a partir de 1997 e 1998, dois novos índices interessantes: Índice de Pobreza Humana-1(**IPH-1**), que mede a pobreza humana nos países “em desenvolvimento” e o **IPH-2**, que tenta avaliar a pobreza nos países industrializados.

³⁴ Sobre os sistemas de proteção social nas sociedades capitalistas centrais e periféricas ver Eesping-Anderson, G. **As três economias políticas do welfare state**, in : Revista Lua Nova nº 24, São Paulo, marco zero/CEDEC, setembro, 1991 e (com visão crítica) , Draibe, S. M As políticas sociais brasileiras : diagnósticos e perspectivas de políticas públicas. Vol. 4, **Políticas Sociais e organização do trabalho**, Brasília:IPEA/IPLAN, março de 1990.

As variáveis utilizadas em cada um desses índices são:

*** Índice de Pobreza Humana -1 (IPH-1):**

- a) Percentagem das pessoas que se espera que morram antes dos 40 anos;
- b) Adultos Analfabetos;
- c) Aprovisionamento Econômico Global: Porcentagem de pessoas sem acesso aos serviços de saúde e água potável, Porcentagem de crianças < 5 anos com insuficiência de peso.

**** Índice de Pobreza Humana -2 (IPH-2):**

- a2) Percentagem de pessoas que se espera que morram antes dos 60 anos;
- b2) Percentagem de pessoas cuja capacidade de leitura e escrita está longe de ser adequada;
- c2) Percentagem de pessoas com rendimentos disponíveis de menos de 50% da média;
- d) Proporção de desempregados de longa duração.

Fonte: RHD-1998/PNUD/ONU.

Interessante observar as diferenças de variáveis entre os dois índices, refletindo coerência técnica em perceber os significados de cada uma das medidas nos países pobres e ricos. Particularmente o item b2, que afere a *percentagem de pessoas cuja capacidade de leitura e escrita está longe de ser adequada*, traduz uma preocupação cada vez mais crescente no conhecimento humano, fonte não só de desenvolvimento mas, também, de lucro na lógica neoliberal de exploração da inteligência humana³⁵.

³⁵ Veja-se o que diz a ONU no RHD-1998 :24: “A questão, em todos os países, é a capacidade para ler com níveis crescentes de competência, acompanhando as crescentes exigências de uma sociedade competitiva e baseada no conhecimento” .

Pelo RHD-1998/ONU, os IPH revelam dois dados importantes ao que se vem discutindo sobre pobreza e desenvolvimento. Primeiro, ***a extensão da pobreza tem pouca relação com o nível médio de rendimentos***. Os Estados Unidos, com mais elevado rendimento per capita medido em PPC (paridade de poder de compra) tem também a mais elevada pobreza humana entre os 17 países mais ricos. Já a Suécia, coloca-se em primeiro lugar no IPH-2, enquanto em 13º em rendimento médio.

Segundo, ***o IPH-2 não se relaciona com o desenvolvimento humano global obtido por um país***. Países como França e Canadá, com altíssimos IDH, têm problemas significativos de pobreza e o seu progresso em desenvolvimento humano foi pobremente distribuído.

Os dados do Brasil no RHD-1998 a 2000, revelam uma lacuna no item *população sem acesso aos serviços de saúde*, dado extremamente importante para a avaliação e gestão da política pública de saúde. Em 2000 o país apresentou os seguintes índices: **21º** lugar em pobreza (IPH-1), **15,5 %** da população adulta analfabeta e **11,2%** das pessoas que nascem não devem ultrapassar os 40 anos. Para se ter uma idéia, nosso vizinho Argentina (IDH-35º, elevado), recém arrasado por uma crise econômica, tem taxa de analfabetismo entre adultos de apenas 3,3%.

Os Relatórios da ONU continuam citando o Brasil como um país de realidade injustamente desigual. Em 1998, a ONU revela que os 50% mais pobres recebiam 18% do rendimento nacional em 1960, caindo para 11,6% em 1995. Os 10% mais ricos recebiam 54% do rendimento nacional, crescendo para 63% em 1995. Isto significa que os 10% mais ricos do país detém aproximadamente 2/3 da Renda Nacional.

Brasil é um país de grandes dimensões geográficas, fator que acentua de maneira gritante as desigualdades culturais e regionais das pessoas. Em vista do que se desenhou pelo PNUD/ONU, tais características regionais salientam ainda

mais o caráter da desigualdade social como traço forte não só da realidade brasileira, como em várias outras espalhadas pelo planeta. Dentro de uma mesma nação, graus variados de IDH reordenam a própria configuração geográfica do país.

Nesse sentido, pode-se afirmar a co-existência de vários “*Brasis*” com IDH extremamente variáveis entre si, uns até superiores ao do Brasil (0,804/63º), como, por exemplo, o estado do Rio Grande do Sul, melhor colocado no Ranking do Desenvolvimento Humano-1996, com IDH de 0,883, índice correspondente ao 40º ou 41º lugar no ranking mundial, o que o colocaria ao lado de países como a República Tcheca e o Brunei (Demo, 1996).

Vislumbra-se a possibilidade e desafio para todos de aproximar os diversos “**Brasis**”. Não é tarefa fácil. Requer decisão política, cidadania competente organizada, emancipação, criticidade. Diz respeito à própria qualidade política enquanto conquista histórica.

É mais provável e freqüente se ter qualidade de vida com bom nível de escolaridade, poder de compra satisfatório e boa expectativa de vida e saúde. Apesar disso, nenhum dos três fatores garantem a qualidade política em se construir história própria, legado da cidadania organizada e participativa, rastro da **política social inclusiva e redistributiva**³⁶.

Qualidade política não necessariamente está ligada a educação formal ou a renda, embora dela dependa fundamentalmente. Vem antes a inquietude tipicamente humana em recriar realidades, participar ativamente dela, criticá-la criticando-se a si próprio, com base no conhecimento e na oportunidade cidadã de existência. É certo que existem ideologias e poderes que manipulam, oprimem,

³⁶ Adota-se aqui a diferença entre distribuir e redistribuir riquezas. Distribuir significa alocação, divisão e partilha provisória de recursos entre os pobres, assistência compensatória e emergencial, descolada da inclusão social. Já redistribuir envolve reordenação de renda e poderes, equacionando pobreza materiais e políticas, ampliando acessos a serviços, bens e garantias sociais (Demo, 1996-2001).

coibem ou subjagam este fenômeno, porém não se pode negá-la como fator de transformação social.

A principal questão que se coloca hoje para a cidadania das pessoas é: Como confrontar-se com o mercado em uma economia globalizada, onde a luta pela sobrevivência torna a sociedade extremamente competitiva e individualista? Ou seja, como viabilizar a cidadania organizada de coletividades, quando a principal preocupação é a luta pela sobrevivência? Os ensaios de respostas incluem, no mais das vezes, a vertente do conhecimento e da qualidade política.

Ser cidadão é, antes de tudo, ter oportunidades de escolhas e acessos a informações adequadas. Não se constrói a cidadania com leis ou decretos, se assim o fosse, pela Constituição Brasileira de 1988, estaríamos vivendo a mais plena era de direitos que o capitalismo já produziu, o *welfare state*³⁷. A realidade é sempre mais complexa e imperfeita que a noção que se faz dela, nisto reside o cerne do conhecimento.

É mais fácil negar escolhas e oportunidades a quem não elaborou suficientemente a intervenção crítica, redutora de desigualdades sociais. Para isso existe a ideologia, sempre a serviço do poder, para tornar as pessoas alienadas de sua história e suas possibilidades. Para este estudo, visualize-se ***ideologia como uma série de processos e manifestações sociais, traduzidas pela mídia, jornais ou discursos, que objetivam justificar as verdades daqueles que detém o poder***.

O efeito direto da globalização sobre a cidadania das pessoas é minimizar seu *potencial político* a medida que submete as conquistas sociais às leis do mercado. Assim, de nada adianta ter direitos justíssimos, fundamentados em leis e garantias constitucionais, quando o que realmente vale é a competitividade

³⁷ Conceba-se *welfare state* como sistema de proteção social capitalista de países ricos ou centrais, onde o poder público providencia, com ampla participação dos cidadãos, políticas sociais eqüânimes e universais. Diversos autores consideram que o *welfare state* é a face mais humana e justa que o capitalismo conseguiu chegar, dentre eles Demo (1996).

destruidora e excludente ditada pela globalização do capital e dos mercados. Nessa lógica perversa, o homem é apenas um detalhe a ser explorado ou *cuspidado* do sistema quando não mais satisfizer aos interesses do lucro.

Neste universo onde tudo é oferta e demanda, cabem algumas considerações sobre o consumo a serviço da cidadania das pessoas (até onde for possível tal relação). O *Relatório do Desenvolvimento Humano - 1998/ONU/PNUD* propõe *o consumo em uma perspectiva do desenvolvimento humano*.

Reconhecer que o desenvolvimento humano pode ser alcançado através do consumo nos lança a outros sérios questionamentos. Se por um lado a redução da pobreza não se faz sem a inclusão econômica, por outro, o consumo em si não garante a noção de coletividade nem a politização de espaços sociais, tão necessárias à cidadania emancipada.

Em contribuição especial ao RHD-1998, Jonh Kenneth Galbraith, autor de *The Affluent Societ*, constata que à medida que as pessoas realizam seu bem-estar pessoal e os países se tornam igualmente bem sucedidos, há uma tendência comum para ignorar os pobres. A própria ONU, em seu **2º Relatório de Desenvolvimento Humano-1991**, conclui que a reestruturação de orçamentos existentes pode prover recursos suficientes para financiar serviços sociais básicos para todas as pessoas no mundo. O que falta é *coragem ou decisão política*.

Na análise sobre o consumo, o *RDH-1998* identifica os fatores que afetam as opções de consumo: rendimento, disponibilidade e infra-estrutura de bens e serviços essenciais, uso do tempo, informação, barreiras sociais, família (no que se refere à educação dos filhos e tomada de decisões). Outro fator extremamente relevante diz respeito aos padrões culturais das comunidades.

Não é por acaso que, no Brasil, enquanto as vendas de televisores duplicaram de 1990 à 1994, a circulação de jornais decresceu cerca de 8% (*RDH-1998:65*). O desafio de construir conhecimento e conquistar cidadania em um país

que tem 15,6% da população analfabeta (RDH-2000) e que tem uma das piores distribuições de renda do planeta não é tarefa fácil.

Um país comandado por *controle remoto de TVs* gera e re-edita contradições e desigualdades. A influência da mídia sobre a cultura e a educação põe em risco a inteligência crítica (Thompson, 2000). Enquanto os programas infantis brasileiros são recheados de apelos consumistas, a qualidade do ensino no Brasil, público e privado, é péssima, como comprova o próprio governo em recente pesquisa³⁸.

É preciso investir prioritariamente em educação e conhecimento, como assim fizeram vários países em estados de pós-guerra, para se ter a mínima possibilidade de tornar esta nação mais justa. Também é preciso despertar o potencial humano de interferir e modificar a história como pressuposto à cidadania emancipada.

A qualidade política de fazer e refazer continuamente a história, em pleno processo dialético, é capaz de gerar fortes compromissos sociais pela educação, saúde, combate à fome e às pobreza materiais e políticas. Gerir coletivamente destinos e possibilidades é fator importante ao *Desenvolvimento Humano*, traduzindo-se na cidadania emancipatória. É preciso **ser ativamente participação** para se conseguir oportunidade, isto é, ***Desenvolvimento Humano***.

³⁸ ver resultados de avaliação dos ensinos superior e médio no Brasil na home page do ministério da educação, www.mec.gov.br

1.2- QUALIDADE POLÍTICA E EMANCIPAÇÃO

A Emancipação traduz-se, sobretudo, ***na capacidade processual de gerar projetos próprios de desenvolvimento humano, em âmbito individual ou coletivo***. A capacidade de traçar destinos, através de conquistas cidadãs, requer qualidade política como atitude potencialmente transformadora de contextos específicos.

Importante delimitar emancipação e autonomia como constituintes de um mesmo caminhar histórico, dialeticamente complementares no relativismo que os encerra. A autonomia torna-se essencialmente relevante quando travestida de utopia emancipatória. Da mesma forma, emancipação, enquanto conquista coletiva e historicamente significativa, precisa de autonomias nos fazeres cotidianos, nas permanente desconstruções de assimetrias, nos reordenamentos de éticas e compromissos.

Elaborar projetos de desenvolvimento, seja em âmbito individual ou coletivo, não é simples, muito menos linear. Envolve permanente aprendizado, negociação de interesses pela democratização de poderes, elaboração crítica de conhecimentos, ações refletidas, provisoriedade de certezas e, principalmente, enfrentamentos conflituosos de toda sorte. Tudo isso para dizer que a emancipação não acontece isolada de um conjunto de acontecimentos sócio-históricos provisórios e específicos.

Exercer autonomamente a autoria de projetos ou destinos só tem sentido se entendermos que tal "*autonomia*" é extremamente relativa e ambígua. A emancipação de uns significa castração de liberdades e opções de outros, e a superação de ambos co-existe dinamicamente na totalidade histórica. Ou seja, desconstruir sistematicamente assimetrias de poder, através do potencial emancipatório da qualidade política, inaugura novas formas de dominação que requerem mais qualidade política e autonomia. Puro processo dialético, infinitamente desigual, reconstrutivo e provisório.

A ambivalência, ou a possibilidade de conferir a um objeto ou evento mais de um sentido, significa a traição do poder classificatório da modernidade. Bauman (2000) analisa a forma com que o diferente, o que não se classifica ou se define, vem sendo expurgado pela racionalidade moderna, que tem “*horror à mistura*” e “*obsessão em separar*”. Em suas palavras:

"A prática tipicamente moderna, a substância moderna, do intelecto moderno, da vida moderna, é o esforço para exterminar a ambivalência: um esforço para definir com precisão – suprimir ou eliminar tudo o que não poderia ser ou não fosse previsivelmente definido"(p.15).

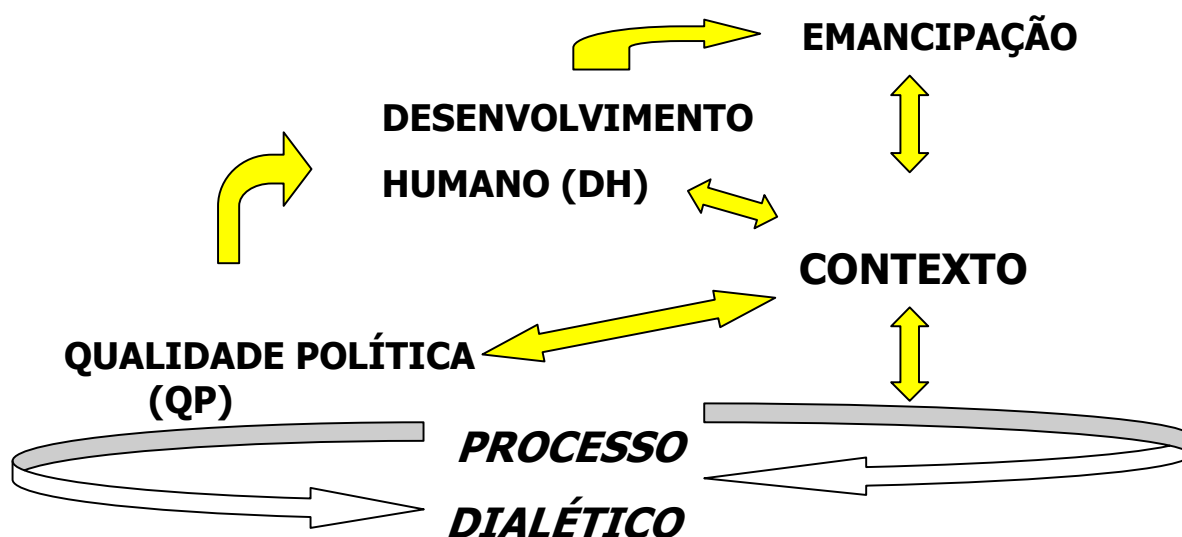
É no ambiente indefinido, nesta turbulência cheia de significados, interações, conflitos, interesses, diversidades e possibilidades que os processos emancipatórios acontecem. Neste sentido, ter mais ou menos qualidade política, ser mais ou menos desenvolvido, estar mais ou menos emancipado, só tem algum sentido, até onde for possível tal interpretação, em contextos sócio-históricos específicos e provisoriamente delimitados.

A qualidade política, o desenvolvimento humano e a emancipação de pessoas existe sempre em relação a outras pessoas, dentro de contextos e estruturas provisoriamente aprisionados. A totalidade histórica dos contrários, incluindo suas facetas indecifráveis, é que torna possível a superação de realidades.

A intervenção crítica e participativa dos sujeitos (**qualidade política**), capaz de alargar as escolhas das pessoas em contextos sócio-históricos específicos (**desenvolvimento humano**), é que viabiliza o eterno processo de ruptura do estado de sujeição excludente a que estamos submetidos (**emancipação**). Importante destacar o caráter eternamente inacabado destas subjetividades – qualidade, desenvolvimento e emancipação – como substrato da intensidade dialética que os constrói.

Aventurando um esboço para a emancipação, apresenta-se o desenho:

ELEMENTOS EMANCIPATÓRIOS



Considerar que a ambivalência dos fenômenos sociais preserva algo de indecifrável e dúbio, incompreensível à racionalidade humana, é compreender o conflito como motriz da história. De nada adianta negar o conflito e as contradições das relações sociais, presente sempre “no outro”, quando o próprio “eu” de mim é puro espasmo em conflito.

A subjetividade, entendida como espaço social pluralizado em sentidos e significações, é rica em desafios - por ensejar aprendizados constantes - e também em possibilidades, pela diversidade de opções presente em cada gesto humano. A modernidade conseguiu, até onde pode, castrar ou catalogar as subjetividades do mundo, regulando sobremaneira suas potencialidades.

Para Santos (1997), a modernidade está fundada sobre dois pilares que mantêm entre si uma relação contraditória: o pilar da regulação (mercado, estado e contrato social) e o pilar da emancipação (epistemologia, direito e artes). Os

excessos de “regulação” sobre a “emancipação” tornaram possível o projeto político da modernidade. A crise paradigmática atual soprada pelos ventos *pós-modernos*³⁹ coloca em cheque os valores da modernidade, descortinando a impossibilidade de negar a subjetividade presente nas relações sociais.

Na excelente análise que faz sobre o social e o político na pós-modernidade, Santos (1997) descreve em um quadro teórico o que ele entende por “patologias da modernidade”, geradas pelo excesso de regulação.

QUADRO – EXCESSOS DE REGULAÇÃO

SUBSINTESES	EXCESSO
<i>Cidadania sem Subjetividade nem Emancipação</i>	<i>Normalização disciplinar Foucaultiana</i>
<i>Subjetividade s/ Cidadania nem Emancipação</i>	<i>Narcisismo, autismo dissocializante, consumismo</i>
<i>Emancipação sem Subjetividade nem Cidadania</i>	<i>Despotismo, totalitarismo, reformismo autoritário</i>
<i>Emancipação com cidadania e sem subjetividade</i>	<i>Reformismo social-democrático</i>
<i>Emancipação com subjetividade, sem Cidadania</i>	<i>Basismo; messianismo</i>

SANTOS (1997: 269)

³⁹Para Bauman (2001), a *pós-modernidade* é tão “moderna” em sua sede de criação, destrutiva em nome da produtividade quanto a modernidade que lhe antecedeu, só que mais leve e *fluída*. O autor prefere a denominação “modernidade fluída”, em substituição ao termo “pós-modernidade”, por entender que a velocidade de *movimento e o acesso a meios rápidos de mobilidade* constituem hoje principal ferramenta de poder.

O autor propõe um esforço teórico que inclui uma *Nova Teoria da Democracia*, da subjetividade e da emancipação. Essa nova teoria está ligada à repolitização global das práticas sociais, em seus múltiplos e diferentes espaços.

A qualidade dos processos políticos consiste na intervenção crítica e participativa dos sujeitos, capaz de resignificar a subjetividade indecifrável da realidade, transformando-a em motriz emancipatório. ***Emancipar é romper sistematicamente com os processos de dominação excludentes, reconstruindo relações menos assimétricas e mais democráticas entre as pessoas, alargando as conquistas sociais.***

Para que a emancipação se renove continuamente, buscando superações de contextos sócio-históricos, três características básicas se fazem necessárias ao sujeito autônomo, capaz de co-gerir possibilidades e destinos, já então **política social**: I- Crítica de Contextos; II- Conhecimento como poder; III Intervenções Dinamizadoras de realidades. Importante destacar o caráter intercomplementar de ambas, como facetas de um mesmo processo histórico e dialético.

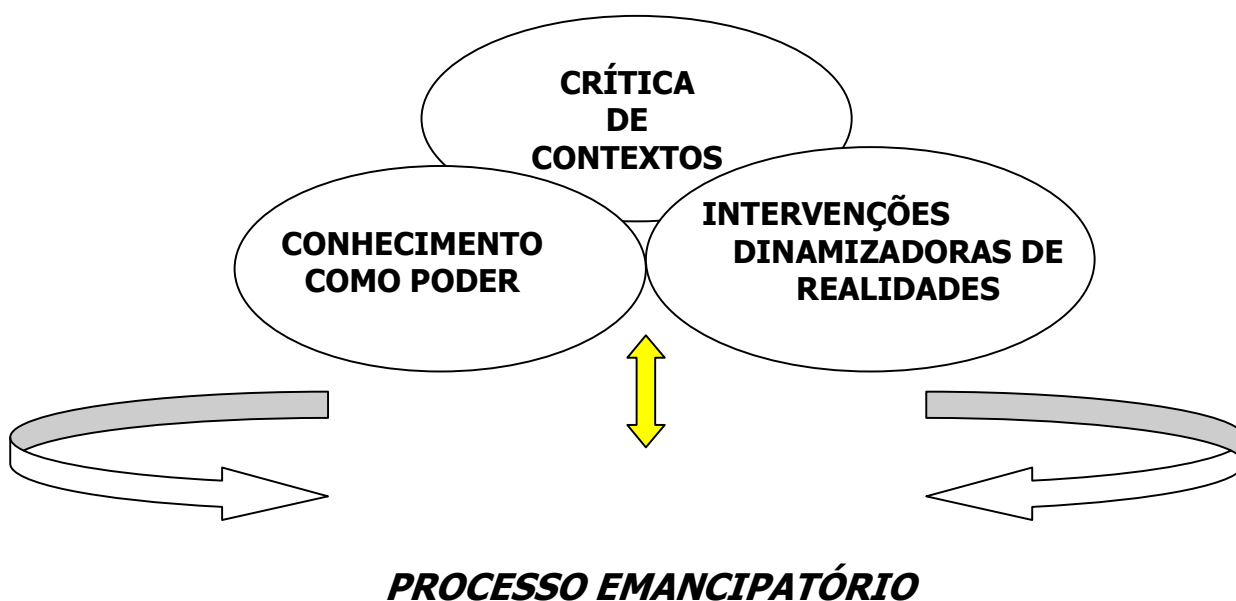
I- Crítica de Contextos: Compreender a dinâmica da realidade em suas vertentes subjetivas, provisórias e contraditórias, percebendo-a criticamente, é passo importante para a reflexão potencialmente transformadora. Faz parte da inquietude humana, capaz de redirecionar contextos, o questionamento reconstrutivo de situações sócio-históricas desiguais, o entendimento dialético do cotidiano, bem como o reconhecimento da sociedade civil organizada como campo legítimo de luta por conquistas cidadãs.

II- Conhecimento como poder: Apreender provisoriamente a realidade, cientes da incapacidade humana de decifrá-la, constitui a essência do conhecimento crítico inovador. Entender que o saber tem dimensões formais e políticas, e que a pluralidade de ambas possibilitam a intervenção crítica, estruturam o poder enquanto instrumento emancipatório. A autonomia do ator social passa pela sua

capacidade de elaboração própria, reconstrutiva, criativa , modificadora de si e do meio.

III Intervenções Dinamizadoras de realidades: A percepção crítica da realidade, entendendo-a como sempre mais complexa que a apreensão que dela se faz, aliada ao poder do conhecimento crítico inovador, ***traduz-se em movimentos de intervenções propiciadores de mudanças.*** A busca cotidiana da autonomia no fazer, atrelada a consciência de sujeito da história (muito mais que objeto), dignificam atitudes humanas libertárias, pautadas na redistribuição de poderes e rendas, redutoras de desigualdades sociais, **emancipatórias.**

INDICAÇÕES PARA AUTONOMIA DE SUJEITOS EM CONTEXTOS ESPECÍFICOS – CONSTRUINDO POLÍTICAS SOCIAIS EMANCIPATÓRIAS



A autonomia que se pretende emancipatória prima pela coletividade de sujeitos. O indivíduo, para tornar-se "autônomo", antes precisa ser cidadão, necessita da cidadania enquanto bem-comum deliberado no espaço público. Autonomia⁴⁰ individualista e egoísta, que não se media ou interage com a liberdade dos demais, beira a esquizofrenia pelo risco de se dissociar do convívio social. A autonomia que verdadeiramente importa deve vir carregada de conquista coletiva e democratização dos espaços de poder compartilhados entre as pessoas na sociedade. A capacidade de co-gestão das garantias e conquistas sociais deve ser pactuada em esferas públicas de decisões, mediadas pela política.

Poder aqui é visto sobretudo com o componente central das relações sociais assimétricas, mantidas sistematicamente por discursos mobilizadores de sentido (ideologia). Entenda-se também como correlação de forças processual e dialética, capaz de movimentos contra-hegemônicos em múltiplos níveis, sejam macros ou micros, institucionais ou sistêmicos, formais ou informais. Envolve disputa de espaços e posições, estabelecendo com eles relação conflituosa ou não⁴¹.

Em tempos "pós-modernos", marcadamente neoliberais, a individualização e privatização dos problemas sociais, como se estes não requisessem políticas sociais pactuadas na esfera pública, constitui o maior obstáculo à emancipação⁴². A intervenção crítica e criativa de pessoas em contextos específicos, amparados pelo conhecimento crítico e inovador, potencializa a autonomia coletiva e (re)construtora de cotidianos mais justos. Para

⁴⁰ "O indivíduo de jure não pode se tornar indivíduo de fato sem antes tornar-se cidadão. Não há indivíduos autônomos sem uma sociedade autônoma, e a autonomia da sociedade requer uma autoconstituição deliberada e perpétua, algo que só pode ser uma realidade compartilhada entre seus membros" (Bauman, 2001, p.50).

⁴¹ Sobre Poder, ver Foucault, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979; Lebrun, G. **O que é Poder**. São Paulo: Brasiliense, 1984.; Faleiros, V. P. **O saber Profissional e o Poder Institucional**, São Paulo: Cortez, 1987; Santos, B. S. **Reinventar a Democracia**, Lisboa: Gravia, Cadernos Democráticos, 1998.

⁴² Para aprofundamento dos atuais desafios à emancipação, ver Bauman, Zigmud, **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

tanto, faz-se necessário politizar os espaços⁴³ onde as relações sociais acontecem, passando da autonomia individual, consumista e mercadológica, à sociedade autônoma, capaz de co-gerir destinos.

Este estudo investiga a qualidade política do profissional enfermeiro⁴⁴, por entendê-lo elemento importante para a política social de saúde, potencialmente capaz de reproduzir ou confrontar-se com modelos de atenção à saúde no país. Acredita-se que ***as faces formal e política são importantes para a qualificação profissional do enfermeiro, potencializando um agir comprometido com políticas sociais emancipatórias.***

De forma sucinta, pode-se dizer que o enfermeiro é elemento importante dentro das políticas sociais de saúde porque:

- a) Atua em todas as áreas da saúde, constituindo-se elemento essencial para a operacionalização da atenção à saúde de indivíduos, famílias e coletividades;
- b) Insere-se significativamente nos diversos espaços-tempos onde ocorrem as relações sociais (espaços-tempos doméstico, da produção, da cidadania, mundial) podendo fortalecer estratégias de intervenções críticas e criativas em contextos específicos;
- c) Capacita, forma, treina, coordena e supervisiona a grande maioria dos trabalhadores da área da saúde (técnicos e auxiliares de enfermagem,

⁴³ Com o encurtamento dos espaços e tempos, propiciados principalmente pela velocidade dos movimentos e difusão da informação (Bauman:2001), o poder político do estado, enquanto território – nação, fragilizou-se, dando lugar à transnacionalização dos mercados (globalização). A este respeito, Santos (2000) fala que as relações sociais atuais ocorrem em quatro *espaços-tempos* inter-complementares: 1- **espaço-tempo mundial**, entre sociedades territoriais dos estados-nações no sistema mundial; 2-**espaço-tempo doméstico**, caracterizado pelas relações privadas entre homens e mulheres; 3- **espaço-tempo da produção**, onde se produzem bens e serviços para o mercado; 4- **espaço-tempo da cidadania**, constituído pelas relações entre estado e cidadãos. O autor defende que é necessário “politizar” estes espaços, transformando-os em relação de autoridade partilhada, para potencializar a emancipação de sujeitos.

⁴⁴ O capítulo 2 aborda com maior detalhe a prática social do enfermeiro, relacionando-a com seu “objeto” de trabalho principal, o cuidado.

além dos agentes comunitários de saúde), podendo desencadear amplos processos de mudanças ou re-edição de contextos sócio-históricos;

- d) Tem amplas possibilidades de intervenções na sociedade, pois está cada vez mais voltado para o gerenciamento de ações e conhecimentos, desenvolvendo as características de polivalência e *flexibilização*⁴⁵ que as atuais transformações no mundo do trabalho vêm exigindo;
- e) Além da assistência, atua na gestão e gerência de programas e projetos sociais, no ensino e pesquisa, e em consultorias, ampliando ainda mais o campo de atuação e abordagens decorrentes de sua prática social.

O enfermeiro pode ser elemento importante para reduzir as desigualdades sociais se tiver qualidade formal e qualidade política em sua prática social e em seus conhecimentos, desenvolvendo-se autonomamente , com criticidade.

Seguindo-se as indicações anteriormente citadas para a concepção dos processos emancipatórios (I – Crítica de Contextos, II- Conhecimento como poder, III- Intervenção dinamizadora de realidades), veja-se o quadro a seguir como referência para interpretar a qualidade formal e política dos enfermeiros, entendendo-o como potencialmente emancipatório.

⁴⁵ Filho, J. G.(1999, 23 de abril) **O Ocidente Brasileiro** ‘ Folha de S.Paulo, Caderno *Mais!* OMS/OPAS - *Plan de desarrollo de Enfermaria para América Latina : Una Proposta - Home Page.*

CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEIROS COM QUALIDADE FORMAL E POLÍTICA : QUADRO DE REFERÊNCIA

I – CRÍTICA DE CONTEXTOS :

- a) Percebe o contexto profissional como palco constante de conflitos e contradições inerentes à sua prática social e ao saber de enfermagem ;
- b) Tem uma visão dialética sobre o que seja saúde e doença, entendendo-os como processo, por isso mesmo em construção, conquistável no cotidiano histórico;
- c) Questiona a submissão do enfermeiro ao saber médico, à instituição, às condições de trabalhos discriminatórias ou indignas (diferenças salariais, espaços diferenciados, insalubridade);
- d) Percebe criticamente as relações sociais (de trabalho, inclusive) como dinâmicas, dialéticas, causa e consequência histórica de um mundo em transformações globais;
- e) Reconhece suas entidades representativas (sindicatos, conselhos, associações) como espaços de conquistas da cidadania organizada;
- f) Concebe a visão das políticas sociais de saúde enquanto construção coletiva de oportunidade e redução de desigualdades sociais.

II – CONHECIMENTO COMO PODER

- a) enxerga o poder como uma conquista do sujeito histórico, portanto, possível pelas vias do conhecimento e da cidadania;
- b) É capaz de ousar ou inovar sua prática, fundamentada na produção de conhecimentos;
- c) Mostra-se atualizado com relação aos aspectos técnicos-científicos da profissão, buscando capacitações e aperfeiçoamentos para sua prática;
- d) Constitui-se referência em termos competência profissional.

III- INTERVENÇÕES DINAMIZADORAS DE REALIDADES

- a) Tenta exercer uma '*resistência*' em sua prática profissional à situação de hegemonia médica ou do modelo biomédico de atenção;
- b) Busca autonomia em seu fazer (através de conhecimentos próprios ou pelas vias da criticidade), negando-se a ser massa de manobra e alvo fácil de processos de dominação excludentes;
- c) Demonstra interesse e participa da busca coletiva por melhores dias;
- e) Demonstra competência e relações democráticas no cuidado às pessoas (usuário, família, comunidade e equipe de enfermagem), buscando torná-las independentes do cuidar.

Através de seu fazer diário, o enfermeiro pode desencadear processos de mudanças que conduzam à conquista da saúde enquanto espaço de cidadania e desenvolvimento humano. ***O agir comprometido com a emancipação de pessoas encontra na enfermagem um grande aliado, a potencialidade do cuidar enquanto atitude pró-ativa pelo outro, capaz de se reconstruir na dispensa da ajuda.*** O cuidado emancipatório não nega o conflito, transforma-o em movimento de superação solidária.

CAPÍTULO 2- ENFERMAGEM E O CUIDADO: EXPECTATIVAS EMANCIPATÓRIAS À POLÍTICA SOCIAL

A idéia central do capítulo é discorrer sobre a possibilidade emancipatória do cuidado, se assumido enquanto atitude de vida e princípio integrador processual e dialético. Para a enfermagem, esta lógica do cuidar inaugura um agir comprometido com a saúde enquanto conquista cidadã, fortalecendo a construção de projetos próprios de cura e desenvolvimento humano.

Em um primeiro momento, fala-se sobre o cuidado como atitude de vida capaz de se reconstruir na dispensa da tutela, tentando conceituá-lo em uma visão ecológica e epistemológica, na perspectiva do “*saber cuidar*” de que fala Boff (1999) e Demo (2000)⁴⁶.

A institucionalização do cuidado pela enfermagem e o conseqüente enfraquecimento da qualidade ética e emancipatória do cuidar constitui o segundo momento deste capítulo. De início, caracteriza-se a *enfermagem como instituição*, procurando delinear a profissão como instituição de saúde. Em seguida, fala-se da *institucionalização do cuidado pela enfermagem*, um passeio pela historicidade da profissão e a apropriação do cuidado pela prática da enfermagem moderna e pós-moderna inserida nas políticas sociais de saúde do Brasil.

A enfermagem e o cuidado, enquanto possibilidade emancipatória à política social, apontam algumas estratégias para a enfermagem potencialmente capazes de desconstruir estados de sujeição excludentes, tornando-os menos injustos e mais inclusivos. Entende-se que a construção de relações menos assimétricas e mais democráticas entre as pessoas pode ser viável se o cuidado for entendido como atitude processual e dialética, capaz de se reconstruir em favor da

⁴⁶ Boff, L. **Saber Cuidar - Ética do Humano**. São Paulo: Vozes, 1999; Demo, P. **Saber Pensar**. São Paulo: Cortez- Instituto Paulo Freire (Guia da Escola Cidadã, nº 6), 2000.

autonomia de quem se cuida. ***Emancipar pelo cuidado, para a enfermagem, significa repensar as práticas e poderes estabelecidos no ato de cuidar, passando do cuidar para o saber cuidar. A emancipação pelo cuidado contribui para uma política social redistributiva, inclusiva e participativa, gerando cidadãos com conquistas sociais próprias de seu tempo.***

2.1- CONCEPÇÕES EMANCIPATÓRIAS DE CUIDADO

O cuidado faz parte da vida na terra. Em todos os momentos, nas relações e inter-relações da natureza⁴⁷, o cuidado revela-se como princípio integrador da existência dos seres. Ele está presente nas interações dinâmicas e no modo como cada ser vivo habita o planeta, este *grande ser palpitante de vida*⁴⁸.

Diz-se que há cuidado quando se pode identificar características de desvelo, preocupação, atenção, solicitude, desprendimento, envolvimento e comprometimento com aquilo (ou aquele) que é alvo do cuidado. A filologia da palavra cuidado traduz seu significado ⁴⁹. Cuidado deriva do *Latim cura*, que se escrevia *cuera* e era utilizada em um contexto de amizade e amor. Também pode derivar do Latim *cogitare-cogytus*, significando pensar, cogitar, colocar atenção, mostrar interesse, atitude de desvelo e preocupação.

Seja qual for o significado do cuidado, ele pode ser entendido como relação e *modo de ser*⁵⁰. Cuidar é relação porque sempre envolve outra forma de interagir com a vida. Assim, seja na relação com o outro ou consigo mesmo, surge sempre uma nova possibilidade de estar no mundo, que se renova continuamente

⁴⁷ Por "relações e inter-relações da natureza" entenda-se todas as relações existentes na terra, inclusive as relações sociais entre os homens. Assume-se aqui uma visão holística enquanto paradigma integrador de todas as formas de existência do Planeta, como bem elucidada Capra (1982).

⁴⁸ Capra, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

⁴⁹ Boff, L. **Saber Cuidar - Ética do Humano**. São Paulo: Vozes, 1999.

como processo inacabado. É também *modo-de-ser* por inaugurar maneiras de existir pautadas na solidariedade e no compromisso com a preservação do todo integrado e dinâmico.

Boff (1999) apresenta dois *modo-de-ser* no mundo: o trabalho e o cuidado. O *modo-de-ser* trabalho corporifica a dimensão do masculino, caracterizado pela compartimentalização da realidade para melhor conhecer, analisar, intervir, subjugar, dominar. Tal visão masculina da realidade tem ditado a maneira como homens e mulheres ocidentais têm habitado o mundo na modernidade⁵¹.

Já o *modo-de-ser* cuidado traduz a visão do feminino, significando relação de convivência, inter-relação, comunhão e interação. Boff acrescenta que essas duas visões de mundo não se opõem, mas se completam, limitam-se mutuamente, constituem a integralidade da experiência humana na terra. O grande desafio que surge para o homem é *combinar trabalho com cuidado*.

Capra (1982) descreve a profunda crise que a sociedade moderna tem enfrentado devido, principalmente, aos dilemas e esgotamentos paradigmáticos atuais, incapazes de lidarem com os problemas sociais, políticos, econômicos, culturais e ecológicos. Para ele, os três últimos séculos têm sido conduzidos pelo paradigma *cartesiano-newtoniano*⁵², tendo este influenciado as ciências, a cultura e a sociedade ocidental.

Muitos autores⁵³ têm contribuído para acentuar a discussão acerca das visões de mundo 'masculina' e 'feminina' de que fala Boff ou abordagens

⁵⁰ Ibid

⁵¹ Capra, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

⁵² O paradigma cartesiano-newtoniano ao qual Capra se refere diz respeito a toda influência do pensamento de René Descartes e Newton no mundo moderno. Caracteriza-se, principalmente, pela visão mecanicista do mundo enquanto máquina, pela separação da matéria e espírito e pela exacerbação da racionalidade científica como verdade absoluta.

⁵³ Santos, B. S. **Pela Mão de Alice**. São Paulo: Cortez, 1996; Santos, B. S. **Reinventar a Democracia**. Lisboa, Portugal:Gravia, Cadernos Democráticos, 1998; Arato, A. & Cohen, J. Sociedade Civil e Teoria Social. In: **Sociedade Civil e Democratização** (Coord.: Leonardo Aritzer),

“cartesianas” e “sistêmicas” elucidada por Capra. Como relevante e consensual entre eles, surge a necessidade de mudar a lógica com que o homem moderno tem estado no mundo. **Fala-se, pois, de uma mudança de paradigma onde a solidariedade e a sustentabilidade da vida ganham destaques e amplitude fundamental, resignificando o gesto de cuidado na terra.**

Conceber o cuidado como *relação* e *modo-de-ser* é visualizá-lo como atitude diante da vida. Cuidar é ter atitude de envolvimento e comprometimento com o outro, consigo mesmo, com a cultura, com o saber, com a natureza, enfim, com a vida. Neste sentido, ***cuidar é ter e ser uma atitude de vida. Ter atitude de vida é contemplar a diversidade, a solidariedade e a criatividade como qualidades em permanente construção. Ser atitude de vida é assumir-se enquanto permanente transformação, irradiando energias e potencialidades nas relações do mundo.***

O cuidado como atitude de vida inspira os *novos paradigmas* de que falam Boff (1999) e Capra (1982). A concepção sistêmica⁵⁴ da vida defendida por Capra, integradora do ser no todo dinâmico, em permanente construção e interação com o meio, coincide com a visão do cuidado enquanto ética do humano defendida por Boff. Em ambos, uma vertente - a lógica atual de existência humana está em colapso por ignorar o cuidado nas relações do homem no mundo.

Não há cuidado sem vida. Cuidar é ser e preservar a existência dos seres através de atitudes, dentro de relações (e inter-relações). Aliás, a vida existe dentro de um contexto de complexas e intrincadas relações integradas, independentes e interdependentes que formam um todo harmônico e dinâmico.

Belo Horizonte: Livraria Del Rei, 1994; Capra, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982; Haguette, A et al. **Dialética Hoje**, Petrópolis: Vozes, 1990.

⁵⁴ “O pensamento sistêmico é o pensamento de processo. A forma torna-se associada ao processo, à inter-relação, à interação, e os opostos são unificados através da oscilação” (Capra, 1982: 261).

Como uma teia, que para manter-se precisa estar integrada de todos os seus elementos⁵⁵.

Por ser processo, a *teia da vida* precisa associar-se, vincular-se, interrelacionar-se para que possa existir e se diversificar. A vida existe essencialmente dentro de relações e inter-relações, para se manter dinâmica, criativa, inovadora, primando eternamente pela diferença dentro de um todo integrado. Tentar separar a vida, dissociá-la, fragmentá-la ou compartimentalizá-la é negar a própria vida. É assumir a morte como oposto da vida, como destruição, negação da vida, enterro, dor, mesmice, monotonia, lamento.

Os organismos vivos do planeta estão em constante superação e criação de novas estruturas, em um *ritmo* constante, dentro de complexos sistemas auto-organizadores⁵⁶. Para preservar a vida, há de se respeitar esta concepção *ritmada* de organização, sob risco de sucumbirmos à não existência.

A física quântica, transcendendo o pensamento cartesiano-newtoniano, propõe que a vida existe dentro de um certo padrão de probabilidades de conexões. Tais "conexões" não acontecem em espaços determinados ou fixamente estruturados, mas manifestam-se em um campo entre a potencialidade e a realidade da existência⁵⁷. Significa dizer que a única certeza que realmente conseguimos captar da vida é sua incerta probabilidade de existir. É a ciência moderna entrando em contato com suas impossibilidades, assumindo-a como desafio reconstrutivo.

⁵⁵ Capra, F. **O Ponto de Mutação**, São Paulo: Cultrix, 1982.

⁵⁶ Para Capra (1982), há duas diferenças básicas entre máquinas e organismos: máquinas são construídas, organismos crescem. Além disso, os sistemas possuem mecanismos de auto-organização pautados em autorenovação e autotranscendência. A visão *rítmica* dos organismos vivos afirma, pois, a necessidade do constante do 'não-equilíbrio' para manter tal auto-organização estável em sua totalidade. Em suas palavras: "A *estabilidade de sistemas auto-organizadores é profundamente dinâmica e não deve ser confundida com equilíbrio. Consiste em manter a mesma estrutura global apesar de mudanças e substituições contínuas de seus componentes*" (p. 264).

⁵⁷ Ibid.

O livro **O ponto de mutação** foi transformado em filme pelo irmão de Fritjov, Bent Capra, cineasta americano, em 1990⁵⁸. No filme, a física, curiosamente interpretado por uma cientista mulher (Liv Ullmann), a política, representada por um candidato a presidente dos EUA, e as artes, um poeta, conversam sobre a crise pragmática atual à luz da física quântica. O desfecho do filme fica por conta de uma bela fala do escritor/poeta sobre a vida e sua singularidade expressa no sentir, por si só incapturável pela obtusa inteligência humana. A transcrição da fala do *poeta*, no citado filme, resume lucidamente a impossibilidade da ciência, política e artes frente à pretensão de decifrar o mistério da vida:

*"Os cientistas podem nos dizer quais as metáforas para a vida, sejam microchips ou relógios. Os políticos podem nos dizer de que forma devemos viver, **mas me sinto tão reduzido sendo chamado de sistema, quanto sendo chamado de relógio.** A vida não é tão condensável assim. (...) A vida sente a si mesma. A vida é infinitamente mais que as suas ou minhas obtusas teorias a seu respeito. Sentir o universo é um trabalho interior."*

É preciso cuidar da vida entendendo-a como processo, portanto em eterno movimento, flutuante, reconstrutiva e destrutiva a um só tempo. A própria vida é passagem que precisa da morte para manter-se viva, mantendo com ela uma relação tipicamente dialética. Como bem diz Capra (1982, p. 276): *"A morte, (...), não é o oposto da vida, mas um aspecto essencial dela"*.

Cuidar do planeta é associar-se integralmente à vida, assumindo-a como processo e ritmo. É crescer junto, criar junto, morrer junto, transformar-se e transmutar-se junto, em cooperação e vínculos. Cuidar do planeta é cuidar de nós todos, como complexa rede, entendendo que sempre seremos infinitamente menores que o mistério da vida.

⁵⁸ O Filme *Ponto de Mutação*, do cineasta Bent Capra, tem roteiro de Floyd Byars e Fritjov Capra. Sua versão em vídeo saiu pela distribuidora Cannes Home Vídeo e, recentemente, pela editora

O cuidado visto como atitude de vida inspira a idéia de prestar mais atenção nas sínteses, não esquecendo as análises que as compõem. Para cuidar da complexa *teia da vida* chamada terra, é importante assumir uma postura dialética diante da vida e de suas transformações. Ser dialética, muito mais que tê-la como instrumento e, em sendo, transformar-se.

Importante destacar que, assim como vida e morte se completam para manter a diversidade da existência, também as visões de mundo *reducionistas* e *holísticas*⁵⁹ se completam, muito mais que se opõem. Precisamos de ambas para ter (e ser) atitude de vida com o planeta.

A visão tendenciosamente esotérica e teológica defendida por Capra (1982) e Boff (1999), apesar de grandes contribuições ao pensamento holístico essencial para os convívios na terra, correm o risco de minimizar o caráter conflituoso e ambíguo da realidade. Se o mundo muda mais rápido que as percepções das pessoas, e se somos todos parte de uma grande teia de relações⁶⁰, é importante entender que tais "conexões" de vida não existem sem conflito. Nesse sentido, o cuidar, além de interativo, também envolve ambivalências e relações de poderes.

Quem cuida de alguém ou algo detém o poder sobre o gesto de cuidar, tanto quanto precisa de respostas positivas à interação que se inicia. O cuidado envolve poder tanto quanto envolve interação pró-ativa pelo outro. Neste sentido, pode significar tutela, quando mantém o outro objeto e dependente da relação de ajuda, como pode transcender tal dependência fomentando a autonomia de sujeitos. **A tensão entre as vertentes castradoras e emancipatórias do cuidado são tênues e dialéticas, superáveis na totalidade** ⁶¹.

três como parte integrante da revista Meditação nº 29.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Sobre a relação de cuidado presente na assistência, Demo (2000) reflete: "*Existiria incompatibilidade entre assistência e emancipação? De modo algum. Mas existe, isto sim, relação dialética tipicamente contrária e complexa*" (pp.:25-26). O autor defende a idéia de que

A relação de ajuda ao outro dificilmente será altruísta ou incondicional, já que, como processo interativo, requer trocas mútuas e reciprocidades reconstrutivas. Aliás, ajudar alguém é uma forma de “*poder elegante*”⁶² que captura, provisória ou longamente, a autonomia das pessoas. ***Resgatar o princípio processual, integrador e reconstrutivo do cuidado, cientes dos poderes, ambigüidades e potencialidades presentes no gesto da ajuda significa buscar a autonomia de si e do outro através da vinculação que o ato de cuidar proporciona.*** Eis um bom desafio dialético para possibilidade emancipatória do cuidado.

O Cuidado visto como atitude pró-ativa pelo outro, igualmente ambíguo e potencialmente transformador, fomenta alguns questionamentos pretensamente éticos. *Qual a importância do cuidado para a vida humana? Como inserir o cuidado nas relações do homem com a natureza, com o outro e consigo próprio?* Qualquer que sejam as respostas (ou as novas perguntas), há de se vislumbrar o cuidado na perspectiva ecológica da sustentabilidade do planeta, fomentando a necessidade conhecimento crítico inovador, utopicamente emancipador⁶³.

A abordagem *cartesiana* de enxergar o planeta, assim como a dimensão *masculina* de que fala Boff(1999), têm dominado a maioria das relações na Terra. A natureza tem sofrido as ações interventoras do homem buscando mecanismos de adaptação nem sempre estáveis. Os desequilíbrios ecológicos ameaçam a vida no planeta e o próprio homem é uma espécie ameaçada de extinguir-se. A miséria,

“(…)ninguém se emancipa sem ajuda, mas emancipar-se é especificamente saber dispensar a ajuda”

⁶² Uma análise interessante sobre como, historicamente, a *ajuda ao desenvolvimento*, no capitalismo moderno, foi utilizada calculadamente para dominar e extorquir pode ser vista em : Gronemeyer, M. Ajuda, in: Saches, W, ***Dicionário do Desenvolvimento: guia do conhecimento como poder.*** São Paulo: Vozes, 2000.

⁶³ Utopia, Emancipação, visões ecológicas e epistemológicas serão abordadas no decorrer do capítulo.

a fome, o abandono e as *pobrezas*⁶⁴ (*tanto material quanto política*) que assolam a vida humana são fruto de um modelo de desenvolvimento que está em crise.

Inserir a ótica do cuidado como um gesto de vida nas relações (e inter-relações) da natureza pode ser o início de uma nova forma de habitar a terra. Também pode **libertar** o homem das suas *pobrezas*, **emancipando-nos**, tornando mais humana e justa nossa convivência. Nesse sentido, cuidar do planeta é cuidar também do homem. É manter a diversidade humana, evitando a extinção.

A pretensa liberdade precisa ser entendida dentro da tensão dialética entre as liberdades subjetivas e objetivas e suas respectivas necessidades de libertação. Assim, manter-se livre é estado de espírito e condição objetiva de existência ao mesmo tempo, em eterno conflito reconstrutivo dialético. O equilíbrio esperado entre o desejo de ser livre (liberdade subjetiva) e a capacidade de agir em prol de tal desejo (liberdade objetiva) existe de forma provisória e dinâmica onde, se atingido, a "**libertação**" deixa de existir enquanto força motriz da história (Bauman, 2001).

Os homens associam-se entre si, dentre outras coisas, através da cultura, precisando reeditá-las para viver em sociedade. É a partir de processos culturais que homens e mulheres dinamizam suas relações, criam vínculos, costumes, hábitos, subjetividades, normas, leis, tradições. É pela fala, pelo discurso, pelos símbolos e significados que a cultura se mantém nas relações sociais como componente de integração e socialização em contextos sócio-históricos.

Em sua análise, Thompson (1995) percorre as principais concepções de cultura, procurando obter uma compreensão mais profunda do termo e evitando reducionismos dos fenômenos culturais contemporâneos. Ele distingue duas concepções de cultura: *concepção descritiva*, ligada ao estudo e classificação das

⁶⁴ Demo (1996) defende que não só a pobreza material deve ser combatida, igualmente a pobreza política gera e reproduz desigualdades sociais.

diferentes culturas pela antropologia, e *concepção simbólica*, voltada à interpretação dos símbolos e da ação simbólica presente nos fenômenos simbólicos. O autor analisa criticamente as duas concepções e formula o que ele chama "*concepção estrutural de cultura*", cujas características essenciais são a *constituição significativa das formas simbólicas e sua contextualização social*.

A *concepção estrutural de cultura* de Thompson (1995) pretende dar ênfase tanto ao caráter simbólico dos fenômenos culturais, como ao fato de tais fenômenos estarem sempre inseridos em contextos sociais estruturados. O autor preocupa-se, principalmente, em evitar as abordagens estruturalistas de cultura e acrescenta:

"O que define nossa cultura como "moderna" é o fato de que a produção e circulação das formas simbólicas se tornaram desde o fim do séc. XVI, cada vez mais e de uma forma irreversível, parte de um processo de mercantilização e transmissão que é, agora, de caráter global" (p. 166-167).

Entender a forma como o homem está no mundo, principalmente através de "*formas simbólicas*", entendidas como amplo espectro de ações e falas, imagens e textos, que são produzidos por sujeitos e reconhecidos por eles e outros como constructos significativos (Thompson, 1995) constitui elemento de pertença a determinado grupo, em contextos específicos. Deste modo, será considerado incluso aquele que entender e compartilhar das diversas formas como os sentidos e relações se manifestam em uma sociedade. A exclusão acontece, também, quando se desconhece ou não se compartilha com as tradições e com os pressupostos automáticos que estão imersos na cultura e na linguagem de determinado cotidiano histórico.

Cuidar do homem consiste, dentre outras coisas, em preservar a cultura. A cultura deve ser acolhida para que possa ser mantida a diversidade, criatividade e possibilidades de intervenções críticas. Cuidar da cultura é assumir as diversas manifestações do homem como dialeticamente complementares e

integradoras. Em um mundo plural, permeado de relações complexas de vida, o cuidado surge como uma possibilidade de existirmos juntos, apesar de inacabadamente ambíguos e plurais.

O cuidado como gesto solidário em prol do outro não contempla a incapacidade de sujeitos, tampouco renunciar-se em favor de outrem, menos ainda é usar o outro para "salvar-se" dos dilemas éticos, morais ou religiosos. Também não significa menosprezar as potencialidades e limites de cada um. Cuidar do outro não pode ser impositivo, porque tolhe do homem sua crítica e criatividade de ser autor de seu projeto de transformação.

Cuidar do outro é crescer junto, apesar e sobre as diferenças, passando da "tolerância à solidariedade". É ser solidário, sem tutela, porque a minha liberdade traduz-se na liberdade do outro e dela dependo. É facilitar um processo de busca partilhada. Cuidar do outro é interagir dialeticamente com as partes, na construção coletiva do todo. Cuidar da vida do homem é emancipá-lo do próprio cuidado. Cada homem deve ser capaz de cuidar de si e dos outros ao mesmo tempo, em uma eterna solicitação de mudança integradora da vida.

É possível emancipar pelo cuidado? Como tornar nos tornarmos mais *cuidadoras* de si, do outro, e do todo? Assumir o cuidado como atitude pró-ativa pelo outro, ajudando-o provisoriamente na construção da autonomia, é visualizá-lo como uma utopia emancipatória. É utopia, porque possibilidade a eterna conquista como processo inacabado. É emancipação porque rompe sistematicamente com relações de dominação excludentes e desintegradoras através da construção autônoma e coletiva de projetos próprios.

Emancipar pelo cuidado significa potencializar, através do vínculo solidário do gesto de cuidar, intervenções críticas e criativas em contextos sócio-históricos específicos, capazes de conquistar cenários próprios de cidadania construídas pelas pessoas cuidadas. A

emancipação acontece quando se é capaz de trilhar o próprio caminho, individual ou coletivamente. Ser projeto de desenvolvimento humano, muito mais que tê-lo.

A emancipação pelo cuidado também acontece pelas vias do conhecimento. É mais fácil negar escolhas e oportunidades àqueles que não as reconhece como tais. ***Conhecer é ser capaz de elaborar uma reflexão crítica acerca da realidade que se estuda, intervindo e modificando progressivamente o contexto em foco.***

A criatividade constitui-se em instrumento essencial ao conhecimento, já que viabiliza a eterna incompletude do saber. É a partir do conflito e tensão dialética *entre o que foi produzido e o que está por vir*, entre o irrealizado e o possível, entre o não-sentido e o sentido, entre o igual e o diferente, que a criatividade surge, como movimento de superação em prol da liberdade⁶⁵.

Repita-se que o conhecimento é processo de *reconstrução* permanente do saber. Para acompanhar os avanços impostos por um mundo "global" , onde a informação e a tecnologia se renovam a cada segundo, exigindo um cidadão cada vez mais hábil em gerenciar informações, o conhecimento humano deve intervir e inovar continuamente.

A intervenção inovadora, através do conhecimento questionador, intensivo, reconstrutivo, constitui um caminho viável ao desenvolvimento humano. O conhecimento⁶⁶ deve ser intenso enquanto dure, embora jamais possa ser imutável. O progredir dos saberes depende justamente de sua reconstrução permanente para que possa sempre intervir na realidade de maneira criativa.

⁶⁵ Vale aqui referenciar Orlandi (2001) em sua análise entre criatividade e produtividade na análise do discurso, onde a autora procura captar estruturas de linguagem "dizíveis" com maior frequência. Inspiramo-nos nas idéias da autora na elaboração da frase sobre criatividade.

⁶⁶ Demo, P. **Questões Para a Teleeducação**. São Paulo: Vozes, 1998.

No caminho emancipatório proposto por Demo (2001)⁶⁷, onde saber é sobretudo *intervir* criticamente, quem sabe pensar deve também saber cuidar, sendo ambos necessários um ao outro, tanto quanto ambíguos. Ou seja, reconhecer as relevâncias sócio-políticas de determinado cenário para poder agir de forma refletida, pelas vias da participação, envolve relação de zelo e negociação de interesses com as pessoas envolvidas no processo de mudança em curso, elaborando consensos possíveis e não menos contraditórios.

O conhecimento que prima excessivamente por seu lado formal, ignorando as facetas conflituosas envolvidas no uso que dele se faz, revela-se um bom instrumento de dominação excludente. ***Para gestar conhecimentos com qualidade formal e política, de forma sustentável e inclusiva, precisamos cuidar para que tal saber não se volte destrutivamente para o homem e a natureza, pelas vias da participação e da cidadania.***

Cuidado como instrumento de emancipação é também propedêutica. O cuidado no conhecer é ter atitude pró-ativa e solidária na conquista do saber. É assumir a ética e o compromisso com a vida como princípio e razão do desenvolvimento. ***Para intervir criticamente em contextos sócio-históricos específicos, através do conhecimento com qualidade formal e política, é fundamental que resgatemos as potencialidades reconstrutivas presentes no gesto de ajuda solidária, embora cientes de suas ambigüidades e limites.***

A visão ***epistemológica*** do cuidado visualiza a eterna incompletude da vida, concebendo-a como processo. Conhecer para cuidar é *ser* cuidado ao conhecer. Ser cuidado ao conhecer é conceber a realidade como sempre mais complexa e intrincada que a objetivação que dela fazemos. ***Saber cuidar é reconhecer-se como movimento integrado, ambíguo e processual em***

⁶⁷ Demo, P. **Saber Pensar**. São Paulo:Cortez – Instituto Paulo Freire, Guia de escola cidadã, nº 6, 2000.

prol do outro, intervindo e se reconstruindo no cotidiano histórico. Nas palavras de BOFF (1999)

“Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e intervir no mundo(...). Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado”(p.102)

Cuidar , em sentido ecológico e epistemológico, é contribuir para o conhecimento crítico inovador capaz de alargar as oportunidades e escolhas cidadãs, integrando-as à sustentabilidade do planeta e às políticas sociais emancipatórias.

De tudo que foi dito, vale aventurarmos algumas indicações historicamente possíveis para cuidarmos da humanidade e do planeta, de forma integradora e processual. Assim, constituem estratégias emancipatórias do cuidar:

- Valorizar, resgatar e reeditar as diversas culturas coexistentes (com suas tradições, linguagens e símbolos) como substratos da pluralidade e possibilidades do homem no *mundo*;
- Assumir o cuidado como atitude pró-ativa solidária em prol da autonomia do outro nos diversos *espaços-tempos* pós-modernos;
- Resgatar a visão epistemológica e ecológica do cuidado como elemento crítico e criativo do fomento ao desenvolvimento humano;
- Valorizar a criatividade como elemento do cuidar humano, principalmente em suas expressões artísticas e culturais;
- Investir na educação crítica e no conhecimento inovador pautados na lógica do *cuidar*;

- Tornar as pessoas autoras e co-autoras de suas vidas, em sentido individual e coletivo, assumindo a emancipação como processo eternamente incompleto, por se fazer.

As possibilidades emancipatórias do cuidado podem se traduzir em políticas sociais redistributivas e inclusivas se respaldadas pela cidadania crítica, organizada e participativa, alimentada pela **qualidade política** das intervenções em contextos específicos.

2.2- A ENFERMAGEM E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CUIDADO

A relação da enfermagem com o cuidado é curiosa: se por um lado ela utiliza tecnologias próprias para cuidar de pessoas, por outro nem sempre o cuidado é assumido como movimento solidário em prol da autonomia. Advém desse contexto um grande hiato na profissão, que tem causas históricas e epistemológicas, traduzidas pela divisão do trabalho e correlações de forças dentro da equipe de enfermagem⁶⁸, pela visão reducionista da saúde e doença e pela concepção mecanicista da vida.

Se a enfermagem é uma profissão habilitada para cuidar de pessoas, uma reflexão maior acerca do cuidado, incluindo seus limites e possibilidades emancipatórias, se faz necessário para os agentes que cuidam. Na maioria das vezes, o cuidado é assumido pela enfermagem como simples tarefa a ser cumprida, dissociada do processo de saúde e contexto sócio-histórico em que está inserido.

⁶⁸ A Enfermagem profissional é exercida por uma equipe composta pelo Enfermeiro, profissional de nível superior, pelo técnico e auxiliar de enfermagem, profissionais de nível médio. Além destes componentes fazem parte também as parteiras. As atribuições de cada membro é regulamentada pela lei do exercício profissional (LEP) Nº 7498/86. A fiscalização do exercício profissional fica a

O cuidado na enfermagem, se assumido em uma visão epistemológica e ecológica, viabiliza um agir comprometido com a emancipação de pessoas, contribuindo para políticas sociais emancipatórias. Este item tentará discorrer sobre esta hipótese na tentativa de subsidiar elementos para discussão a respeito do tema.

Para este estudo, ***a enfermagem deve ser entendida como uma prática social, complexa e contraditória, determinada dinamicamente pela história, que se utiliza de tecnologias próprias e de diversos saberes (além da própria ciência) para cuidar de pessoas***⁶⁹.

Como toda prática social, pertencente a contextos específicos, a enfermagem é uma profissão permeada de valores, inquietudes, conflitos, saberes, símbolos, regras, mitos e ritos comuns às pessoas que a compõem. Ela tem uma cultura própria, a qual evolui e se modifica continuamente com a história, e que precisa ser preservada para poder existir enquanto tal.

Em contextos *sócio-históricos* específicos, as instituições⁷⁰ surgem, também, para assegurar a transmissão da cultura, enquanto significações simbólicas integradoras, facilitando a socialização de grupos. Assim, toda sociedade tem instituições formadoras de membros e constituintes daquele grupo.

cargo do COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e o Enfermeiro é o responsável técnico da equipe.

⁶⁹ Este conceito foi elaborado a partir da leitura de algumas teóricas da enfermagem. Cite-se algumas autoras representantes de uma leitura mais crítica sobre a história e prática social do Enfermeiro: Almeida, M. C. P. **O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez, 1989; Rezende, M. .L. M. **Saúde: dialética do Pensar e do Fazer**. São Paulo: Cortez, 1989; Nakamae, D. D. **Novos Caminhos da Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987; Silva, G. B. **Enfermagem Profissional - Análise Crítica**. São Paulo: Cortez, 1986; Pires, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**, São Paulo: Cortez, 1989; Germano, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1985; Germano, R. M. **Ética e o ensino de Ética na Enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993; Miranda, C. L. **O parentesco Imaginário**, São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, UFRJ, 1994; Melo, C, **Divisão Social do trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

⁶⁹ Germano, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1985.

⁷⁰ “As instituições sociais podem ser vistas como constelações de regras, recursos e relações que estão situadas dentro de campos de interação os quais, por sua vez, são ao mesmo tempo, por eles criados” (Thompson, 1995:197).

As instituições são, pois, o fundamento de uma sociedade, responsáveis, inclusive, pela reprodução ou (reedição) dos fenômenos culturais.

Para transmitir a cultura, as instituições se formam em torno de regras, tradições, mitos e normas. Algumas dessas convenções são estabelecidas como consensos funcionalmente adequadas para servir aos interesses dos *instituídos*⁷¹.

A institucionalização da enfermagem objetiva garantir a cultura da prática do cuidar em saúde, agregando e integrando seus membros em torno dos ideais da profissão. Ela surge junto com a história do cuidar através dos tempos e tem assumido diversas características de acordo com a realidade em que está inserida.

A enfermagem está inserida em um contexto maior que traduz a maneira como a sociedade vem se preocupando com sua saúde. Assim, as concepções que têm orientado as práticas de saúde na sociedade têm implicações direta no fazer da enfermagem. Muitas vezes, inclusive, as instituições de saúde e de enfermagem se confundem e se completam.

Instituição tem sentido mais amplo que organização. As instituições manifestam-se nas organizações, mas nem sempre se confundem com elas. Assim, o modo como as pessoas vivem seu processo de saúde, em determinados contextos sócio-históricos, é uma instituição que se traduz em diversas organizações criadas para instituir ordens e regras gerais. São exemplos de organizações os hospitais, as escolas formadoras dos profissionais, as indústrias farmacêuticas, as empresas.

Como foi visto anteriormente, a visão de mundo *cartesiana* tem influenciado a maneira como o homem ocidental tem convivido, intervindo e estado no mundo. Na área da saúde, a visão cartesiana manifesta-se através do modelo

⁷¹ Por instituído leia-se aquilo que está posto e representado pela instituição. Já o instituinte é quem se “submete” ao instituído. Representa também uma contra-hegemonia contra a ordem do instituído.

biomédico ⁷² de atenção em saúde. Assim como a visão cartesiana, também o modelo biomédico está em crise por não conseguir lidar com a maioria das demandas do processo saúde-doença, estas que se tornaram complexas, assim como a pós-modernidade ⁷³.

O modelo biomédico de atenção à saúde, a exemplo da visão cartesiana, separa a matéria do espírito. Para entender a doença, os pesquisadores tentam entender exclusivamente os mecanismos biológicos que levaram à enfermidade para poderem intervir ⁷⁴.

Essa visão fragmentada da saúde reduz a doença a uma 'falha' no mecanismo humano (corpo) que precisa ser consertada ou trocada. Visualiza-se o homem como "máquina" que precisa ser esmiuçada, detalhada, descrita em cada "parte", sem muita relação com o todo.

Nesse contexto de cuidar e entender a saúde, as questões filosóficas e existenciais que envolvem a doença são evitadas. Na maioria das vezes, nem uma discussão mais aprofundada do que seja saúde e doença é inserida na formação dos profissionais de saúde. Igualmente ignorado é o sentido da morte para a vida. Geralmente a morte é entendida como fracasso, falência da máquina, como oposto da vida. A morte e o morrer, enquanto processo, são contrários dialéticos da vida - tanto dependente da existência, quanto superável nas sínteses que a compõem.

O modelo biomédico de atenção tem conferido poder e *status* ao médico sobre o corpo e a doença. Assim, as *verdades médicas* assumem o caráter de *dogma* nas sociedades ocidentais a partir da industrialização. Tais '*dogmas*', ditadas sobretudo pela medicina, têm se incorporado hegemonicamente nas *formas simbólicas* transmitidas pela comunicação e mediados pela cultura

⁷² Capra, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

⁷³ Capra (1982) complementa dizendo que, embora a medicina tenha contribuído para a eliminação de certas doenças, isto não restabeleceu, necessariamente, a saúde.

⁷⁴ *ibid*

(Thompson, 1995), convivendo em uma correlação de forças com outros saberes e artes de cuidar.

Weber (1999), em sua obra **As artes de curar**, questiona a hegemonia médica na área da saúde através de um estudo historiográfico sobre a medicina, a religião, a magia e o positivismo na república Rio-Grandense no início do século (1889-1928). Ele destaca que as relações entre as diversas artes de curar, no início do século, foram conflituosas e que a medicina era apenas mais um saber em saúde, dentre muitos outros, cuja hegemonia foi se consolidando através da industrialização da sociedade⁷⁵.

Embora a medicina tenha se consolidado hegemonicamente na sociedade moderna ocidental, cabe pontuar que cada ator envolvido no processo de produção social da saúde e doença é co-responsável pela realidade em foco. O cenário atual, enquanto contexto sócio-histórico específico, constitui-se em disputas de espaços e correlações de forças potencialmente capazes de mudanças.

Antes da profissionalização da enfermagem, diferentes culturas e saberes realizavam os cuidados à saúde das pessoas. Assim, índios, escravos, mulheres prostitutas e religiosas transitaram pelos cuidados aos enfermos. A institucionalização da profissão, na era industrial, é permeada de conflitos e correlações de forças destas diferentes culturas. Ao mesmo tempo, é rica em diversidade de manifestações e pluralidades de saberes.

A instituição da enfermagem, apesar das características próprias da historicidade da profissão, tem legitimado o modelo biomédico da atenção à saúde. Para realizar suas atividades, a profissão apropriou-se do cuidado, utilizando-o como uma ferramenta de trabalho para consertar a "máquina-corpo".

⁷⁵ "Até a medicina alcançar essa imagem que tem hoje - uma ciência inquestionável e onipotente - diversas práticas de cura disputavam espaços. Essas disputas significavam embalos de concepções e atitudes, nas quais estavam em jogo alguns dos elementos centrais que definiriam a nova organização" (Weber, 1999: 25).

Assim, a visão dominante do paradigma cartesiano reduz o cuidado a um mero *objeto*, institucionalizando-o em técnicas e procedimentos mecânicos.

A institucionalização do cuidado na enfermagem, por sua vez, confunde-se com a própria história da profissão e diz respeito a forma como o cuidado à saúde das pessoas foi realizado através dos tempos. A intenção é mostrar como, através da evolução da enfermagem como profissão e consolidação do modelo biomédico, o cuidado foi se institucionalizando e, com isso, fragmentando-se em técnicas mecanizadas.

O cuidado, ***atitude solidária que se reconstrói na dispensa do cuidar***, existe em toda parte onde haja relações e inter-relações na natureza. Dentro da concepção sistêmica de mundo, com as devidas ressalvas para que não lhe usurpemos o caráter conflituoso e ambíguo presente nas relações humanas, todos os seres vivos são gestos de cuidado na preservação do todo.

No homem, o cuidado assume uma dimensão importante por ser potencialmente capaz de transformar as formas destrutivas com que a humanidade tem habitado o planeta, construindo formas mais solidárias e sustentáveis de existência. Somos todos cuidadores universais. Cuidar é uma qualidade humana que precisa ser cultivada, estudada, transformada, aperfeiçoada dentro de sua eterna imperfeição.

O cuidado, atitude de vida relacional solidária e ambivalente, é característica humana que se transforma em busca partilhada de autonomia. Todos assumimos o cuidado como gesto de zelo e atenção com alguém ou alguma coisa. O cuidado com o outro torna-se transformador quando a existência de alguém ou de coletivos tem importância para nós, apesar das diferenças e conflitos advindos da relação social do cuidar.

Cuidado não significa altruísmo nem benevolência, envolve trocas de significados objetivos e subjetivos de libertação. Quem cuida de alguém também

está sendo cuidado. O sentido de "cura" do cuidado acontece quando a relação estabelecida com o outro e consigo mesmo assume a dimensão holística e emancipatória. A cura é um processo intrínseco, uma resposta coordenada do organismo integrado às influências ambientais causadoras da tensão ⁷⁶. ***Cuidar é movimento de interação e conflito que envolve disposição para entender e interagir com o outro, potencializando a disposição de lutar pela causa alheia, apesar e sobre as diferenças***

O modelo biomédico de atenção à saúde, sozinho, é incapaz de desencadear a *cura*. Curar significa transcender a estreita concepção de saúde e doença dominante na visão cartesiana, entendendo-a como um processo mais amplo, integrado às diversas formas de vida na terra. Neste sentido de cura, a terapêutica e tecnologia médica, da qual a enfermagem faz parte, é apenas um dentre vários fatores que podem desencadeá-la.

Muitas doenças da modernidade têm desafiado a medicina, deixando-a, muitas vezes, sem respostas ou impossibilitada de "curar" a pessoa enferma. Geralmente as enfermidades que transcendem o entendimento do corpo como *máquina* tornam-se mais difíceis de serem abordadas pelas ciências médicas contemporâneas. Bons exemplos são o câncer e os distúrbios psíquicos.

Sendo o cuidado uma atitude presente em todas as pessoas, a qual se manifesta nas suas relações e interações plurais, muitas são as possibilidades capazes de desencadear processos de cura, desde que as interações estabelecidas sejam significativas, intensas e, principalmente, propositivas.

Quantas vezes, no hospital, a pessoa doente interage com alguém que não é da equipe de saúde e aquela relação o fortalece e o renova? É muito comum, por exemplo, um auxiliar da limpeza ou uma copeira cuidar muito melhor, em termos humanísticos, do que toda a parafernália e equipamentos modernos da

⁷⁶ Capra, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

instituição hospitalar. No cuidado à saúde das pessoas, vários atores têm co-assumido o cuidado aos enfermos de maneira mais holística do que as profissões da área de saúde, com todo o avanço “científico” propiciado pela modernidade.

No Brasil, índios, pajés, curandeiros, escravos, donas-de-casa, prostitutas e religiosas fazem parte do chamado período “empírico”⁷⁷ da enfermagem. Acrescente-se que tais sujeitos e crenças, ainda hoje, permanecem vivos no imaginário da cultura popular das pessoas, diversificando as potencialidades do cuidar e ampliando as possibilidades de cura.

Com as devidas reverências aos avanços da enfermagem profissional, principalmente em termos de técnicas, saber próprio acumulado e procedimentos, o mesmo não pode ser dito em relação à qualidade do cuidado no que se refere ao seu sentido holístico e emancipador. ***A exemplo do modelo biomédico, a enfermagem profissional padronizou, fragmentou e homogeneizou sua maneira de cuidar, descuidando, ou mesmo pouco se apropriando, da visão ecológica e epistemológica deste cuidado.***

A enfermagem empírica, realizada por ‘leigos’, apesar das deficiências “científicas”, talvez assumisse o cuidado de maneira mais plural, integrando a pessoa em seu contexto de vida e interagindo positivamente para a cura. Vale destacar que as formas alternativas de cuidar, apesar de massacradas pelo pensamento cartesiano dominante, ainda permanecem vivas como importante elemento de cura.

Weber (1999) ao analisar a resistência da população do RS do início do século em aceitar as práticas da medicina, ditas “científicas”, descreve com bastante propriedade as relações conflituosas entre as diversas práticas em saúde.

⁷⁷ A História da enfermagem pode se dividir nas fases ‘empírica’, onde os cuidados de enfermagem eram feitos por práticos sem preparo técnico específico, e fase ‘profissional’, onde a enfermagem surge e se consolida como profissão formal, através das instituições de ensino e formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Ver bibliografia a respeito da historicidade da profissão citada na nota de rodapé 70.

Nesta época, a medicina era considerada mais um saber, não o mais aceito ou mais importante, para a cura. Em suas palavras:

"Esse afastamento dos saberes dos médicos diplomados e das práticas populares é bastante discutido pela antropologia, demonstrando como as práticas dos curandeiros são mais próximas da visão de mundo de quem está sendo tratado, porque levam em conta a história pessoal de cada indivíduo, oferecem explicações reconhecíveis, dando-lhe um sentido, propondo uma lógica referente ao universo conhecido, mantendo o envolvimento da família, articulando e reforçando os valores culturais do grupo em que vivem" (p. 216).

A grande crise paradigmática atual, onde tudo está sendo questionado, desvela os desafios das doenças em tempos "pós-modernos", as quais, por sua vez, têm ficado cada vez mais complexas, requerendo respostas cada vez mais elaboradas, integradoras e reconstrutivas.

Particularmente na área da saúde, a discussão inaugurada pela fenomenologia⁷⁸ trouxe várias reformas na maneira de assistir a saúde da população. Várias terapias alternativas ganharam espaços e muitos sistemas de saúde foram modificados, inclusive o do Brasil⁷⁹.

Considere-se pertinentes as críticas feitas à fenomenologia, principalmente no que se refere ao desconhecimento dos fenômenos estruturais, a ausência de discussão sobre as questões do poder e a atomização da realidade como se cada grupo fosse um mundo social independente⁸⁰. Apesar disso, os questionamentos da fenomenologia na área da saúde têm sido fundamentais e podem ser recuperados dentro de uma visão dialética⁸¹.

⁷⁸ "Os fenomenólogos consideram que a cura se baseia em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados no seu grupo de referência. (...) Advogam portanto uma reforma no sistema de saúde que leve em conta os valores culturais dos grupos(...)" (Minayo, 1992: 61).

⁷⁹ Ver adiante evolução das políticas de saúde no Brasil associadas à inserção da enfermagem.

⁸⁰ Minayo, M. C. S. **Desafio do Conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

⁸¹ Ibid.

*** ENFERMAGEM PROFISSIONAL E INSERÇÃO DO CUIDADO NA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE DO BRASIL**

Freiras que vieram para o Brasil ajudar nas Santas Casas assumiram os primeiros cuidados de enfermagem⁸². Para a enfermagem, a situação de empirismo e religiosidade perdurou desde a colonização até o início do séc. XX, quando teve início sua profissionalização. Apesar de não explicar totalmente a falta de criticidade da profissão, considere-se este fator um grande entrave ao desenvolvimento autônomo dos Enfermeiros⁸³.

A profissionalização da enfermagem moderna tem início com o modelo *Nightingaleano*⁸⁴ inaugurado por Florence Nightingale (1860). Florence fazia parte da aristocracia inglesa do final do século XIX e muito contribuiu para a evolução tecnológica da profissão. Além de fundar a primeira escola de enfermagem, Florence conseguiu reduzir o índice de mortalidade entre os feridos da guerra da Criméia e nos hospitais sob seus cuidados de **42% para 2,2%**⁸⁵, adquirindo enorme prestígio e poder.

⁸² O início da assistência à saúde, no Brasil, foi marcada pela ideologia da igreja de caridade e assistência aos pobres, representadas pelas Santas Casas de Misericórdia (1543), visão marcadamente assistencialista do cuidado a saúde. Aos pobres, principais usuários do sistema hospitalar, resta a atitude submissa de agradecer as benevolências misericordiosas da igreja. Para Foucault (1979), antes do séc. XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Era função hospitalar tanto recolher os pobres doentes quanto proteger os outros do perigo que ele encarna (contágio). O principal objetivo era assegurar a salvação da alma do pobre (e de quem dele cuida) no momento da morte.

⁸³ Germano (ibidem); Silva, G. B. **Enfermagem Profissional - Análise Crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

⁸⁴ O modelo Nightingaliano difundiu-se no mundo todo e ainda hoje é a base da profissão. Caracteriza-se pela formação de Enfermeiros (Lady-Nurses), de formação superior, e Auxiliares de Enfermagem (nurses), de nível médio. Florence acreditava na disciplina, na uniformidade, na ordem positivista e em rígidos princípios morais vitorianos dominantes de sua época como elementos fundamentais na formação de 'Nurses' e 'Lady-Nurses'. As idéias da Florence ainda fazem parte do imaginário de 'Enfermeiro Ideal' em muitos agentes da profissão.

⁸⁵ Miranda, C.L. **O Parentesco Imaginário**. Rio de Janeiro: UFRJ editora, 1994.

Pela relevância assumida na institucionalização da enfermagem moderna, Florence pode ser considerada seu 'mito-fundador'⁸⁶. Os valores, normas, maneira de pensar, ritos e mitos presentes nos sistemas cultural, simbólico e imaginário da instituição de enfermagem – e suas organizações - inspiram-se em *Florence Nightingale* como forma de legitimar a profissão⁸⁷.

Enriquez (1997), ao analisar a contribuição da teoria freudiana ao estudo das organizações, o faz através de cinco eixos: a) a ligação entre a realidade psíquica e a realidade histórica; b) o jogo de pulsões antagônicas e intrincadas: a pulsão da vida (Eros) e a pulsão da morte (Thanatos); c) o papel determinante do grande homem no edifício social; d) a civilização e a renúncia à satisfação das pulsões e e) o papel essencial da ilusão na edificação dos vínculos sociais.

O autor define sua concepção de organização através de três imaginários, *o cultural* – modo de apreensão da realidade que orienta a conduta de seus diversos autores, *o simbólico* - onde a organização institui ritos de iniciação, mitos e heróis que sedimentam a ação dos membros na organização e o *imaginário* – compostas por facetas "enganadoras" e "motoras", sem as quais os sistemas simbólicos e cultural teriam dificuldade em se estabelecer.

À luz dessas idéias, consideramos que a enfermagem moderna se mantém, dentre outras coisas, pela presença simbólica e cultural de seu mito fundador (*Florence Nightingale*), com todos os ritos e tradições dela advindos (rígida disciplina e controle, ordem, puritanismo e assexualidade). O imaginário *motor* e *enganador* presente em seus agentes, responsáveis pela manutenção da

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ Enriquez (1997) esclarece a natureza das organizações e das estruturas que ela adota a partir da associação entre psicanálise e ciências sociais. Para este autor, tanto a psicanálise quanto as ciências sociais "(...)- salvo os processos narcísicos revelados pela psicanálise e que são irredutíveis aos mecanismos sociais - têm o mesmo objeto de estudo : a criação e a evolução do vínculo social" (p.17).

instituição da enfermagem, constituem uma tensão dialética superável pela qualidade política da profissão.

No Brasil, apesar das especificidades regionais, a profissionalização da enfermagem seguiu o modelo *Nightingaleano* então vigente. Os contextos sócio-econômicos e culturais do Brasil tiveram influência direta na forma como a enfermagem se organizou.

O sanitarismo campanhista surge na década de vinte e constitui a primeira política pública de saúde oficial brasileira, com interesses econômicos claramente definidos – saneamento dos portos brasileiros para circulação de mercadorias e acumulação capital⁸⁸. De visão militarista e com forte centralização político-estrutural, tal linha de atuação sanitária objetiva o controle de doenças de massa⁸⁹. É o início das grandes campanhas (contra varíola, febre amarela, malária, etc.), das coberturas vacinais e da vigilância epidemiológica.

A enfermagem profissional, no Brasil, nasceu exatamente para atender às necessidades governamentais que, por sua vez, eram reguladas pelo modelo agroexportador de economia. Vêem-se algumas contradições neste período. Embora tenha surgido em uma época de pleno “*interesse*” pela saúde pública, a profissão acabou por importar o modelo norte-americano de formação, totalmente desconexo com a nossa realidade por ser voltado para a área hospitalar⁹⁰.

⁸⁸ “ No Brasil, desde as campanhas sanitárias de Osvaldo Cruz, ficamos presos ao gueto da dependência da saúde pública aos interesses imediatos do desenvolvimento econômico, quer em relação à definição de prioridades de pesquisa e prática, quer aos interditos que foram sendo estabelecidos” (Campos, 1991: 32).

⁸⁹ Mendes, E. V. M.(Org.) , **Distrito Sanitário : O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.**, São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

⁹⁰ O então médico sanitarista Carlos Chagas, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP, fundado em 1922) viabilizou a vinda de enfermeiras americanas (fundação Rockefeller) para a organização do serviço de enfermagem do DNSP - influenciando também a criação da Escola de Enfermagem Ana Neri (oficialmente a primeira escola profissionalizante, em 1923). Ocorre que, nos Estados Unidos, a enfermagem se originou para suprir a falta de mão de obra nos hospitais após a guerra civil - um contexto diferente do Brasil - sendo a formação profissional orientada para a área curativa hospitalar de atuação em ambos os países.

Por esta época, o cuidado às pessoas começa a se enquadrar em normas e regras da política social de saúde vigente, eminentemente pública e com fortes traços do *higienismo*⁹¹. É época de intensos conflitos e correlação de forças entre as diversas formas de cuidar extra-oficial existentes - representada pela rica manifestação do saber popular - e a ciência (contraditoriamente dependente do saber popular para evoluir e se firmar na modernidade) como discurso oficial do governo brasileiro (e base da profissionalização da enfermagem e demais profissões área de saúde).

Neste tempo, início do século XX e de grandes descobertas, a racionalidade da ciência moderna tenta dar uma direcionalidade única às formas de pensar, agir e sentir da sociedade, encontrando na política seu principal algoz. O processo de cuidar da saúde envolve diversas possibilidades, relações, práticas, crenças, mitos e atores próprios da expressão subjetiva e objetiva da humanidade. Tentar reduzi-la a tubos de ensaio, injeções, vacinas, programas governamentais de saúde pública, medicamentos e curativos é aprisionar movimento dialético do cuidar enquanto gesto solidário, castrando-lhe sua integralidade e holismo⁹².

Com a crescente e desordenada urbanização do Brasil, (década de quarenta em diante) a industrialização assume lugar de destaque na economia e o capitalismo tem enorme impulso, fazendo surgir as grandes cidades e com elas as

⁹¹ O Higienismo é caracterizado pela tendência em associar “limpeza” a noção de saúde, principalmente após as descobertas da microbiologia. Muitos autores apontam uma forte propensão do sanitarismo campanhista ao higienismo, comparando seu caráter impositivo a sistemas de governo autoritários ou despóticos. Sobre a história e evolução das políticas de saúde no Brasil ver, dentre outros : Teixeira, S. F.(Org.) **Reforma Sanitária: Em Busca da de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989; Mendes, E. V. M.(Org.). **Distrito Sanitário : O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**, São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993; Campos, G. S. W. **Reforma da Reforma – repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

⁹² Em 1904, no Rio de Janeiro, ocorreu a famosa “revolta da vacina”, protesto popular contra lei elaborada por Oswaldo Cruz que tornava compulsória a vacinação antivaríola na então capital federal. No saldo oficial do conflito, 23 mortos, dezenas de feridos e cerca de mil presos. São os saberes e práticas de cuidar se conflitando. Sobre a tensão entre os saberes popular e científico, em prosa romance, ver Neto, L. **O Poder e a Peste – A vida de Rodolfo Teófilo**, Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1999 e, em tese: Weber, B. T. **As artes de Cuidar – medicina, magia e positivismo na república riograndense – 1889-1928**. São Paulo: EDUSC, 1999.

conseqüências sociais exclusivas⁹³. A política de saúde nesta época, *sanitarismo campanhista*, apesar dos altos índices de mortalidade infantil, analfabetismo e doenças evitáveis oriundas da pobreza (cólera, diarreia, dentre outras), tinha um certo controle sobre infecções endêmicas - fruto das campanhas sanitaristas e vacinação compulsória.

O processo de industrialização brasileiro, marcadamente desorganizado e gerador de exclusões sociais, trouxe consigo o modelo médico-assistencial-privatista. A indústria farmacêutica moderniza-se, surgem os complexos hospitalares, tecnologias de ponta, especialidades. Qualidades acessíveis a quem pode pagar caro por um direito básico: vida humana. É a hegemonia médica nos ditames do capitalismo liberal. Mendes (1993) afirma que ocorreu um movimento simultâneo para o crescimento da atenção médica da previdência social e um esvaziamento acelerado das ações campanhistas.

Diante do cenário em que se deu o processo de urbanização, ditado pelo capitalismo industrial e suas leis, tornou-se preciso direcionar as políticas sociais brasileiras, de saúde inclusive, de modo que se mantivesse um excedente de mão-de-obra em padrões mínimos que não prejudicasse *a mais-valia*, o lucro e acumulação pelo estado capitalista moderno. Era interessante manter a classe trabalhadora alienada do processo de cidadania, constituindo-se em massa de manobra fácil. O enfoque da assistência, sob o prisma do poder disciplinar e normatizador do Estado, passou do plano coletivo ao individual, já que as circunstâncias econômicas assim exigiam.

Para Foucault (1979), a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Nesse sentido, exerce seu

⁹³ Para aprofundamento e análise social do processo de urbanização no Brasil, com suas conseqüências exclusivas e movimentos sociais urbanos, ver Cardoso, R. C. L. *Movimentos Sociais Urbanos: Balanço Crítico*. in : **Sociedade e Política no Brasil pós-64**, São Paulo: Brasiliense, 1983; Gonh, M. G. **História dos movimentos e lutas sociais - a construção da**

controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento. Interessante ver a análise de Bauman (2001) sobre a evolução das concepções de poder na “*modernidade fluida*”, a partir dos arquétipos de Foucault (**O panóptico** de Jeremy Bentham). Para este autor, se antes o poder era garantido pelo movimento e presença dos vigias, agora, em tempos pós-modernos com transnacionalização de mercados e diminuição do estado normalizador, constituem estratégias de poder a fuga, a dissimulação e volatilidade, já que a diferença entre “próximo” e “distante” não mais importa. Se antes o controle se dava sobre o desenvolvimento da ação, hoje ela ocorre sobre o resultado. Nas palavras de Bauman (2001):

“O fim do panóptico é o arauto do fim da era do engajamento mútuo: entre supervisores e supervisionados, capital e trabalho, líderes e seguidores, exércitos em guerra. As principais técnicas do poder agora são a fuga, a astúcia, o desvio e a evitação, a efetiva rejeição de qualquer confinamento territorial, com os complicados corolários de construção e manutenção da ordem, e com a responsabilidade pelas conseqüências de tudo, bem como a necessidade de arcar com os custos”(p. 18).

Estado, aqui, é visto como uma correlação de forças entre os diversos atores políticos que disputam espaços na sociedade. A correlação de forças move-se dentro do Estado como processo em luta por posições hegemônicas. A cada hegemonia surge sempre uma contra-hegemonia, nem sempre clara ou visível, que se opõe ao poder colocado, em uma eterna *unidade de contrários* dialeticamente superável na totalidade.

A concepção ampliada de Estado implica a noção de correlação de forças. Pensar Estado enquanto manifestação de poder político é conceber a sociedade civil como eterno movimento dialético em disputa por espaços e

posições. Também é entender que a disputa em questão é alimentada por diversos interesses que, se na época de Marx era polarizado em duas classes distintas, hoje se amplifica em redes plurais e “fluidas” de interesses⁹⁴.

Em sociedades altamente complexas e informacionais⁹⁵, onde o capitalismo financeiro desafia a própria lógica de reprodução do capital, o acesso a informações privilegiadas define espaços de poder importantes. Neste sentido, pensar conceitos e definições assume a dimensão de risco. Aliás, estamos mesmo vivendo uma instabilidade de valores, idéias e sonhos. O risco de viver aproxima-se cada vez mais da própria condição do viver enquanto risco.

Em tempos de crise, onde o velho ainda não morreu completamente e o novo gestado ainda não nasceu, todos os paradigmas são válidos, pois nenhum é capaz de explicar realmente tudo. Talvez Gramsci traduzisse isto, em seu tempo, como uma “*crise de hegemonia*”. Um bom alento é saber que as crises geram crescimento, por mais sofridas que sejam.

O Estado ampliado de Gramsci originou a concepção de correlação de forças enquanto força motriz da sociedade e do Estado. A eterna disputa por espaços e posições coexistem, porém, em outros espaços e tempos, nem sempre reais, mais igualmente processuais. O mundo da informação virtual e da pluralidade de atores relativou a noção de espaço e de tempo e com ela a dimensão do Estado⁹⁶. Ou seja, o Estado ficou pequeno frente à volatilidade do

entram em cena. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. ■

⁹⁴ As concepções de estado, à luz das teorias marxistas, podem ser vistas em Carnoy, M. **Estado e Teoria Política.** São Paulo: Papirus, 1986; Coutinho, C. N. **Dualidade de Poderes – Introdução à Teoria Marxista de estado e revolução.** São Paulo: Brasiliense, 1987; Coutinho, C. N. **GRAMSCI: Um estudo sobre seu pensamento político.**, São Paulo: Brasiliense, 1987; Gramsci, A. **Os Intelectuais e a organização da Cultura.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979 - *A Formação do Intelectuais* (pp. 3- 23); Gruppi, L. **Tudo Começou com Maquiavel – As concepções de estado em Marx, Engels, Lenin e Gramsci.** LeM, 1986.

⁹⁵ Ver concepção de sociedades informacionais defendida por Mellucci (mimeo).

⁹⁶ Santos, B. S. **Pela mão de Alice: O social e o Político na Pós-Modernidade**, São Paulo: Cortez, 1997.

capital financeiro e perdeu, de certa forma, sua centralidade para a reprodução do capital.

Com o processo de urbanização do Brasil (década 40/50) e a crescente necessidade de mão-de-obra para os serviços de enfermagem nos hospitais, a profissão consolida-se como o modelo clássico implantado por Florence. A enfermagem brasileira convive, muitas vezes de maneira pouco crítica, com correlações de forças entre o poder médico, dentro da própria equipe de enfermagem e com a instituição que faz parte. **A fragilidade política da categoria, historicamente construída e mantida por ideologias na formação e prática profissional, contribuem para que a enfermagem tenha atendido sempre com muita disposição colaborativa a consolidação de políticas sociais restritivas e mantenedoras de processos de dominação excludentes⁹⁷.**

Em tempos de industrialização, a enfermagem moderna busca se auto-afirmar através do conhecimento. São criadas especializações, mestrados e doutorados em uma tentativa de elevar o *status* da profissão à posição de *poder* que a ciência desfruta em tempos de *progressos* e tecnologias de ponta. Nos idos dos anos setenta, como forma de se elaborar um corpo de conhecimentos específicos para a profissão, surgem as primeiras teorias de enfermagem e com elas as discussões sobre um agir mais autônomo da profissão.

Entre os anos setenta e oitenta surgem as primeiras produções científicas da enfermagem crítica, voltadas para a prática social e historicidade da profissão. Iniciam-se discussões mais lúcidas sobre os percalços e acertos da profissão, à luz principalmente das ciências sociais e do marxismo. Pode-se visualizar esses fenômenos como sinais de qualidade política para a profissão, ainda que sem maior expressividade ou hegemonia na categoria como um todo,

⁹⁷ Ver bibliografia sobre historicidade da profissão e análise da prática social da enfermagem citada anteriormente.

consolidando consideráveis avanços no posicionamento da enfermagem nos cenários sócio-políticos ⁹⁸.

Na década de setenta e oitenta são gritantes as deficiências da política de saúde no país. A “*universalização excludente*” ⁹⁹ assume enormes proporções, sendo a grande maioria pobre a principal *desassistida* do sistema. Além do paradigma clínico privado, os convênios e planos de saúde - financiados em grande parte pelo dinheiro público através das concessões governamentais - marginalizam ainda mais a assistência à saúde, selecionando grupos de acordo com as condições sócio-econômicas.

No seio das universidades, inspirados pelos movimentos estudantis, ecológicos, feministas e/ou de *contracultura* mundiais, originam-se os primeiros pensamentos de democratização da saúde que vão dar corpo ao chamado movimento de reforma sanitária¹⁰⁰. Os ideais deste movimento inaugura uma discussão ampla sobre a relação entre Estado e sociedade. Urge a necessidade de se redefinir os paradigmas norteadores das políticas públicas com a inserção da perspectiva cidadã na elaboração, consecução e fiscalização das mesmas.

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, configura-se como marco histórico fundamental de oficialização da proposta de reforma sanitária ensejada no bojo das discussões de setores organizados da sociedade civil sobre o assunto. No espaço jurídico-legal¹⁰¹ é redefinido o projeto público de saúde com a criação do SUS - Sistema Único de Saúde - e seus princípios: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Nos discursos

⁹⁸ Os ecos desta fase mais crítica da profissão podem ser vistos no estudo de Oliveira (1990) sobre o movimento pela renovação da ABEN- Associação Brasileira de Enfermagem, denominado *Movimento Participação*.

⁹⁹ Mendes, E. V. M.(Org.). **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**, São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993;.

¹⁰⁰ “(...) um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma ‘reforma sanitária’ “ (Gerschman, 1989: 153).

oficiais, temas como municipalização do planejamento, gerência e execução das políticas, tendo a distritalização como parâmetro de atuação, incorporam-se ao vocabulário dos poderes públicos.

O modelo que se propõe com o SUS, como mudança paradigmática, é o enfoque da promoção da saúde¹⁰², sendo visto como resultado dinâmico de uma série de fatores sociais, econômicos e culturais que permeia o espaço da produção social da saúde. Ao invés do hospital, têm-se a comunidade, abordagem coletiva e a participação social norteando as ações em saúde¹⁰³.

Ao se observar o campo prático-operacional das conquistas do SUS, vê-se que, apesar dos avanços na democratização do sistema, na melhoria do acesso e em algumas experiências de excelência dentro do SUS, a atual política de saúde está longe de esboçar uma reestruturação significativa na atenção à saúde da população brasileira, capaz de verdadeiramente universalizar o acesso com equidade e efetiva participação social¹⁰⁴. Ou seja, a hegemonia do modelo médico individual hospitalocêntrico e mercadológico continua imperando, agora maquiada com roupagens de saúde democratizada e sob o risco de se transformar em política social focalizada tipicamente neoliberal¹⁰⁵.

¹⁰¹ A respeito da legislação do SUS ver lei 8080/90, NOB 01/96, NOB 01/93 e NOAS 01/01.

¹⁰² O paradigma da promoção à saúde vem criando corpo legal principalmente a partir das conferências internacionais sobre promoção à saúde, marcadamente a 1ª, em Ottawa, Canadá, 1986. Ver relatórios e decisões pactuadas mundialmente em BRASIL, Ministério da Saúde, **Promoção da Saúde**, Brasília, 2001.

¹⁰³ Ao invés do poder médico *inquestionável* sobre a doença ou sua cura, têm-se o enfoque da equipe de saúde articulando-se junto às pessoas na busca de melhores dias.

¹⁰⁴ Uma rápida incursão sobre relatórios e documentos de organismos internacionais, OPS/OMS, e nacionais, Ministério da Saúde, sobre os indicadores de saúde brasileiros demonstram que a saúde no Brasil acompanha as desigualdades e complexidades expressas pelos relatórios sobre desenvolvimento humano, baseados no IDH. O país convive, de um lado, com problemas de saúde típicos de países pobres, como tuberculose, dengue, cólera e malária, e de outro, com tecnologias de ponta no setor saúde e tratamentos eficazes para epidemias como a AIDS. Para leitura de documentos e indicadores ver, por exemplo, *home page* da OPS (www.paho.org/default_spa.htm) e Ministério da Saúde (www.saude.gov.br e www.datasus.gov.br).

¹⁰⁵ Sobre políticas sociais nas sociedade capitalistas, neoliberalismo e estado de bem-estar social ver Viana, M. L, Política versus Economia : notas (menos pessimistas) sobre globalização e estado de Bem-estar social. In: **A Miragem da Pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997; Navarro, V. **Neoliberalismo y Estado**

Apesar da crise do SUS, ditada principalmente pela economia global e pela crise dos sistemas de proteção social nas sociedades capitalistas, e da urgente necessidade de reformulação administrativa da coisa pública brasileira, acredita-se nos elementos essenciais da reforma sanitária como utopia possível de se construir no cotidiano histórico dos atores sociais¹⁰⁶.

O contexto sócio-histórico da enfermagem, com seus vários saberes e atores em disputa por espaços, tanto pode dificultar um avanço mais crítico da profissão, quanto pode desencadear amplos processos de mudanças, ambos pelo mesmo motivo: as ricas possibilidades do cuidar existentes na prática social da profissão.

Com a profissionalização da enfermagem, o cuidado assume uma posição de "objeto" de trabalho, já que as atividades da enfermagem visam cuidar da saúde das pessoas. Sob domínio da lógica biomédica de atenção, o cuidado é aprisionado em normas, técnicas, procedimentos e teorias de enfermagem. Acentua-se a divisão entre corpo-mente e o ato de cuidar torna-se repetitivo, mecanizado, desconectado de seu sentido relacional, institucionalizado.

Como falar do cuidado como 'objeto' de trabalho se ele é processo, relação e movimento? A enfermagem brasileira vem realizando prioritariamente suas tarefas mecanizando, normalizando, burocratizando e fragmentando o cuidado. Esta forma de cuidar desumaniza a pessoa, tornando-a simples "máquina" que precisa de reparo.

Cuidado não pode ser objeto, já que é dinâmico e relacional. Seria o caso, então, de objetivar o cuidado assumindo-o como relação entre sujeito e

del bienestar. Barcelon: Ariel, 1998; Faleiros, V. P. **Desafios do Serviço Social na Era da Globalização**, Paper.

¹⁰⁶ Segundo Teixeira (1989), tais referenciais compreendem: a construção de um paradigma analítico da saúde coletiva a partir da determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas; nova ética profissional; luta política pelo direito à saúde; gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde.

objeto do cuidar, em determinado campo social. Neste sentido, cuidar do outro é também cuidar de si, já que não existe cuidado sem envolvimento.

O cotidiano da enfermagem é complexo, contraditório e, ao mesmo tempo, rico em perspectivas. As dessemelhanças culturais dos agentes e a historicidade da profissão contribuem para que convivam no mesmo ato de cuidar diferentes saberes, poderes e possibilidades.

O Enfermeiro assume um papel de destaque dentro da equipe e da própria instituição de enfermagem por transitar nos diversos espaços onde acontecem a prática do cuidar, principalmente nas políticas de saúde. **Neste sentido, ele pode contribuir tanto para manter como para confrontar-se com formas de cuidar excludentes e injustas, dependendo da qualidade política de sua prática e de seu discurso.**

No cenário atual, pós-moderno, global e neoliberal, a enfermagem está sendo amplamente requisitada a ocupar espaços de trabalhos nas políticas sociais de saúde e educação. Com a diversificação dos espaços e práticas, o cuidado da enfermagem ficou mais complexo, estando presente não só na assistência, como também na gerência e organização de serviços e programas de saúde, na gestão de sistemas de saúde, no gerenciamento de projetos governamentais ou não-governamentais, na assessoria e auditoria de instituições de saúde, nos empreendimentos liberais da profissão, nos cenários de ensino e pesquisa - como docentes, pesquisadores ou colaboradores associados. ***O cuidar, para o enfermeiro, transcendeu os muros hospitalares e de unidades de saúde, ganhando espaços-tempos plurais.***

A título de descrição abreviada, listaremos a seguir as várias possibilidades de atuações do enfermeiro para além da assistência em instituições de saúde:

- a- Organização de serviços e programas de saúde: Engloba atividades de elaboração, coordenação e execução de projetos de intervenção, planejamento e sistematização de estratégias de impacto no setor saúde. Também elaboração de protocolos, capacitação de pessoal e uso adequado dos recursos em saúde. Esta área está ligada principalmente à gerência de programas de saúde pública, de serviços e/ou setores dentro das instituições de saúde, OnG's, órgãos públicos, privados, ou público-não-estatal;
- b- Gestão de sistemas de saúde – Principalmente dentro do SUS, o enfermeiro tem assumido cargos de gestores do sistema de saúde, notadamente em nível municipal;
- c- Gerenciamento de projetos governamentais ou não-governamentais – Além das gerências de unidades e serviços de saúde, o enfermeiro vem assumindo crescentemente a gerência de programas de governo estratégicos para políticas sociais de saúde e educação em todo o país. Também tem crescido a atuação da enfermagem no chamado terceiro setor, principalmente através de programas sociais desenvolvidos por OnG's;
- d- Assessoria e auditoria de instituições de saúde – Área crescente na profissão, consta de processos auditoriais e de assessorias nas áreas de enfermagem, contas hospitalares e financiamento para o SUS ;
- e- Empreendimento liberal da profissão – Clínicas de enfermagem e empresas ligadas, principalmente, a assistência domiciliar no setor privado;
- f- Educação – atividades de formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Coordenações de curso, departamentos e projetos ligados à educação em enfermagem e educação em saúde;

- g- Pesquisa – Produção científica na área de saúde e outras correlatas. Atividades de docência na graduação e pós-graduação em cursos da área de saúde, assessoria e colaboração em projetos e programas nacionais e internacionais;
- h- Programas de Ação Comunitária – O enfermeiro tem grande capilaridade social, estando presente na maioria dos projetos sociais de alcance comunitário, seja na gerência, gestão, assessoria, atividades de educação em saúde e/ou assistência às pessoas envolvidas;
- i- Consultorias- Tanto na área específica de enfermagem, como em gestão e gerência de políticas sociais de saúde e educação.

Diante de tão vastos espaços, e de todas as chances e ameaças nele presentes, seja porque alarga as oportunidades profissionais para a profissão, ou porque o mercado prima pela competitividade do conhecimento formal (*mais-valia-relativa*¹⁰⁷) presente em profissionais engajados, tecnicamente competentes e disciplinados como os enfermeiros, valem-nos alguns questionamentos: ***Será que nós, enfermeiros, temos cuidado das pessoas de modo a torná-las independentes deste cuidar e através dele? Ou será que temos contribuído mais para tornar o "doente" mero paciente (ou beneficiário, ao invés de cidadão)?***

A grande utopia a ser construída é o resgate do cuidado como potencialmente transformador de si e das relações pró-ativas pelo outro, apesar de sabê-las diferentes. Acredita-se que o enfermeiro pode ser elemento importante para inverter a lógica do cuidar se tiver qualidade formal e qualidade política¹⁰⁸ em sua prática social e em seus discursos, desenvolvendo-se autonomamente, com criticidade.

¹⁰⁷ Demo, P. **Saber Pensar**. São Paulo: Cortez, 2000.

¹⁰⁸ Demo, P., **Participação é Conquista**. São Paulo: Cortez, 1993; Demo, P. **Pesquisa e Construção do Conhecimento**, Rio de Janeiro: BTU, 1996.

A emancipação pelo cuidado pode ser possível se este for assumido como atitude em favor da vida, dentro de uma visão epistemológica e ecológica. Emancipar pelo cuidado, para a enfermagem, significa repensar as práticas e as relações estabelecidas no ato de cuidar. Significa transformar ato em atitude, tarefa em processo interativo.

O *empowerment*¹⁰⁹, como empoderamento do sujeito, é uma estratégia viável para a emancipação. O fortalecimento do sujeito acontece a medida em que ele se apropria de seu projeto de vida, traçando seus rumos individual e coletivamente. Neste sentido, emancipar é cuidar para que os sujeitos possam se fortalecer, através de projetos próprios de desenvolvimento.

Faleiros (1999) defende a idéia de *reinventar* o sujeito, descobrindo seu poder de reação e intervenção onde, ao mesmo tempo, reinventa-se a identidade e as relações. Reinventar o sujeito é assumir uma nova lógica de cuidar no mundo, onde a ética e o compromisso com a vida viabilizem a emancipação.

Para a enfermagem, *empowerment* é também reinventar sua prática social de cuidar, resgatando o potencial humano da crítica e criatividade como vias de emancipação. Em termos estratégicos, significa, primeiro, cuidar do homem e do planeta como responsabilidade ética de todos nós, segundo, reorganizar suas intervenções em saúde pautadas no cuidado como gesto solidário que se refaz na construção da autonomia das pessoas, já então política social emancipatória.

¹⁰⁹ Faleiros V. P., in : "Desafios do Serviço Social na Era da Globalização", *paper*, acrescenta que "O fortalecimento ou *empowrment* do sujeito deve ser contextualizado a partir das relações sociais mais gerais e complexas e não separado a partir das fragmentações, das vitimizações, pois desta forma, corre-se o risco de se vitimizar os dominados, reduzindo sua cidadania e voltando-se atrás na própria modernidade, com a ruptura do contrato social de cidadanização" (1999:10).

2º PARTE:

ESTRUTURAS METODOLÓGICAS

CAPÍTULO 3 – PESQUISA QUALITATIVA

3.1- ESTRUTURAÇÃO, CATEGORIAS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

3.2 – ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

CAPÍTULO 3- PESQUISA QUALITATIVA

Qualidade é essencialmente dialética, constrói-se continuamente no cotidiano. Nega-se a si mesma como exigência de constante superação. Por isso mesmo, jamais pode ser total, sob risco de anular-se por falta de inquietação, tão necessária ao fazer criativo.

Pretende-se nesta seção investigar o fenômeno da *qualidade* no profissional enfermeiro, desvelando-lhe a superficialidade dos fenômenos, buscando conflitos, contrários e ideologias presentes na fala e prática deste profissional. Trata-se, pois, de uma pesquisa qualitativa, tendo a dialética como método privilegiado de abordagem.

O contexto em que está inserido o profissional enfermeiro, marcadamente conflituoso, coincide com a realidade social por ser ambígua e superável ao mesmo tempo. A pesquisa qualitativa destaca-se, principalmente, pela disposição em se aproximar de fenômenos sociais que não são quantificáveis¹¹⁰. Aborda-se, sobretudo, um universo de símbolos, aspirações, crenças, valores, sentidos, significados, cultura (totalidade fundamental do ser humano), frustrações e, sobretudo, *comunicações*¹¹¹ do ator social.

Pensar qualitativamente uma realidade pressupõe concebê-la sempre mais complexa e profunda que a pretensa análise ou descrição que dela se faz. Assim sendo, o *objeto* será sempre mais relevante que o método empregado em uma investigação científica. Destaque-se também que, em estudos das relações e

¹¹⁰ Minayo, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998/Minayo, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

¹¹¹ O critério de verdade pautado na *teoria da ação comunicativa*, de Jungüe Habermas defende que o conhecimento se faz a partir da interação sujeito-objeto, através da comunicação. Para Habermas "(...) *pertence à linguagem humana o telos do entendimento (entre sujeitos)*" (Brull,

estruturas sociais, sujeito e objeto confundem-se e intercompletam-se na totalidade, não sendo possível o distanciamento frio do cientista frente ao foco de análise.

Entender sujeito e objeto como partícipes do mesmo processo social, dinâmico e contrário, exige abordagens de pesquisa que contemplem suas limitações frente aos cotidianos sociais¹¹². Isso não significa recusa aos instrumentos formais de análise, ao contrário, exige seu aperfeiçoamento constante, na tentativa de aproximar-se qualitativamente dos fenômenos estudados.

Ao se investigar a fala e prática do profissional enfermeiro, inserido em uma totalidade histórica, pretende-se descobrir causas, conseqüências, relações, conflitos e contrários que expliquem, em contextos sócio-históricos específicos e de forma provisória, **a fragilidade política existente neste profissional. A intenção maior é propor um *'perfil'* para o enfermeiro comprometido com a emancipação social, que dignifique o exercício de uma prática fundamentada na qualidade política capaz de ousar e intervir criticamente no cotidiano, estabelecendo íntima relação com a cidadania participativa.**

Importante destacar que, ao se recortar uma realidade, na tentativa de melhor compreendê-la, não se pode esquecer o *todo* a que ela faz parte. Acredita-se que esta *objetivação*¹¹³ da realidade, por mais metodologicamente fundamentada que esteja, sempre será um recorte, jamais o todo. Isto significa aproximar-se do fenômeno estudado, descobrir-lhe sentidos e relações, sugerir-lhe

Dieter Dialética e Verdade: Uma discussão esquecida, in : **Dialética Hoje**, Petrópolis: Vozes, 1990).

¹¹² Brüll (1990), falando de objeto e sujeito, pontua que “O cientista social, que pretende entender racionalmente os fatos, precisa ser consciente de que está envolvido na situação social, que é objeto de seu entendimento e que seus próprios atos de conhecimento fazem parte daquela; neste sentido, ele entende a sua ação, como pesquisador, determinada pela realidade histórica em que ele atua” (p. 59).

inovações críticas, porém prevendo sempre sua transitoriedade e superação. ***É que a qualidade se manifesta nas relações sociais reclamando intensidade, temporalidade e participação efetiva.***

Para ser verdadeira, a qualidade não pode durar. Ela existe sempre na perspectiva do novo e da transformação. Não significa que deva ser volátil ou insipiente, já que se supõe inovadora e construtora de cotidianos melhores. Mas necessita de críticas, reclames, discussões e argumentos. Ou seja, é na (e sobre) a ***discutibilidade*** que se dará sua afirmação como verdade.

Neste estudo, o critério de verdade adotado para a pesquisa qualitativa que ora se constrói é a ***discutibilidade***. Para a dialética, as decisões para as verdades dependem da incompletude histórica da realidade¹¹⁴. Uma pesquisa qualitativa, sob enfoque dialético, deve respaldar-se mais pelo poder de suscitar discussões, argumentações e contra-argumentações, que pela pretensão de se cristalizar como dogma.

Ao se investigar a *qualidade* no cotidiano da enfermagem, a verdade estará mais próxima quando os argumentos aqui levantados suscitarem um conhecimento que fomente atitudes críticas de mudanças nos espaços-tempos onde atua o profissional enfermeiro. ***A verdade que se busca aqui é aquela que concebe o enfermeiro com qualidade política e formal, capaz de alargar as oportunidades no cotidiano em que se insere, comprometido socialmente com a transformação de si e do outro através do cuidado.***

O método dialético¹¹⁵ é o que melhor corresponde às inquietações da realidade social por ter como categoria de análise central elementos ambíguos do

¹¹³ Minayo (1992) define objetivação como um “processo de construção que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, seus parâmetros e sua especificidade” (p. 35).

¹¹⁴ Brull, D. Dialética e Verdade, in : Haguette, M. T. F (org.). **Dialética Hoje** , Petrópolis: Vozes,1990.

¹¹⁵ Concordamos com Demo (1990), ao se referir à dialética como método científico: “Como qualquer proposta metodológica, apresenta-se logicamente estruturada, é sistemática como todo

contexto sócio-histórico. A dialética é capaz de projetar inquietudes e incompletudes humanas às importantes conquistas, sempre renovadas. É princípio metodológico fundamental para análises de cotidianos históricos conflituosos e contrários, reclamantes de transformações.

Entender a realidade enquanto totalidade histórica, dinâmica, com componentes objetivos (materializados) e subjetivos (construídos pelo homem) pressupõe a dialética enquanto filosofia e teoria de conhecimento humano. É também vislumbrar a qualidade política como desafio maior da dialética.

As categorias da dialética refletem a forma como este método entende e decifra a realidade. Apesar das inter-relações fundamentais existentes entre as leis da dialética¹¹⁶, faz-se importante destacar neste estudo, principalmente, a segunda lei: *Unidade de Contrários*, pelo seu caráter potencial de mudança. Estudar a qualidade é, fundamentalmente, tentar descobrir formas objetivas e subjetivas de a transformar.

Através da *Unidade de Contrários*, a dialética encontra na totalidade dinâmicas potenciais para sua superação. Assim, a realidade origina seus “contrários”, por mecanismos próprios. Por contrários, entenda-se termos ou conceitos que se excluem e se completam ao mesmo tempo, um não existindo sem o outro. Neste contexto, o todo é sempre mais complexo que as partes contrárias, pois é na totalidade que ocorre a perspectiva da mudança.

esforço analítico e sintético, reclama rigores científicos normais. Todavia, privilegia estruturas da dinâmica política, mais que estruturas da estática natural” (p. 117).

¹¹⁶ Leis da dialética: 1- Lei da transformação da quantidade em qualidade; 2- Lei da interpenetração dos contrários (Lei da Unidade e Luta dos Contrários; 3- Lei da negação da negação. Demo (2000) argumenta que a dialética, em seus traços mais centrais, pode se distinguir em dois planos: como ela imagina a realidade e como imagina o conhecimento. No “plano da realidade”, a vê a realidade como “unidade de contrários”, “totalidade”, “historicidade” e “politicidade”. Já no “plano do conhecimento”, a dialética combina-se com a hermenêutica para realçar a face subjetiva do conhecimento, entendendo-o como ambivalente e com limites ancorados na nossa modesta capacidade de conhecer. Sobre metodologia científica em Pedro Demo, ver **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: ATLAS, 1995 e **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo, Atlas, 2000.

Traduzindo esta visão para o universo da enfermagem, marcado por conflitos e *contrários* inerentes a sua história, trata-se de encontrar no cotidiano do enfermeiro sentidos, significados e atitudes que fomentem a transformação da realidade em que vive. A unidade *teoria e prática (pensar e fazer)*, por exemplo, é palco para constantes enfrentamentos para a profissão¹¹⁷, portanto fonte inesgotável de conhecimentos com possibilidades de mudanças.

A dialética enquanto método de investigação tem como base filosófica relevante o *materialismo dialético e o materialismo histórico*¹¹⁸. A idéia materialista de mundo, defendida por Marx, reconhece que a realidade existe independentemente da consciência, sendo o homem determinado pelos rumos históricos da matéria. O marxismo também aceita que o mundo é *conhecível*, e para isto propõe a dialética como método de abordagem.

No diálogo com Marx proporcionado por Demo (1995) acerca da dialética e estrutura, algumas premissas se tornam relevantes para esta investigação. A dialética ortodoxa de Marx afirma-nos que a evolução da dinâmica social ocorre independente da vontade humana, onde o desenvolvimento histórico material que gera a necessidade de transformação, por lei interna.

Segundo a concepção ortodoxa do materialismo dialético, a ação humana é determinada pela evolução das condições materiais de existência. Nesse caso, o potencial transformador do homem somente acontece se as bases materiais do ambiente assim permitirem, já que, em última instância, é a

¹¹⁷ Dentre os conflitos presentes na prática social do enfermeiro, destaque-se a dicotomia e pensar- fazer, traduzida pela divisão social e técnica do trabalho entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Assim, em geral, os auxiliares efetivamente realizam o cuidado direto às pessoas, enquanto o enfermeiro gerencia tal assistência de enfermagem em nível de equipe e instituição. Um depoimento comum da categoria é o de que o enfermeiro deveria se aproximar mais dos procedimentos e cuidados prestados diretamente ao paciente, como busca de autonomia. Esta pesquisa investiga, por exemplo, tal “unidade de contrário” e propõe alternativas de enfrentamento (4º capítulo).

¹¹⁸ Trivinos informa-nos que “*materialismo dialético é a base filosófica do marxismo que busca explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos no mundo. Já o materialismo histórico é definido como a ciência filosófica que estuda as leis sociológicas que caracterizam a*

materialidade do mundo que conduz os processos históricos. Ou seja, há uma supervalorização do econômico sobre as vontades humanas.

A partir da dialética ortodoxa, caminha-se para a *dialética não-antagônica*, onde a própria dialética, de tão dialética, transforma-se a si própria e não mais explica o contexto histórico. Surge, então, uma realidade totalmente nova, sem conflitos nem antagonismos, uma vez que a dialética já não existiria¹¹⁹.

Dentre as críticas apresentadas ao marxismo, destaque-se a da escola de Frankfurt. Habermas¹²⁰, um dos representantes desta escola, rejeita, entre outras coisas, o enfoque *determinista*¹²¹ do marxismo. O materialismo ortodoxo tolhe a potencialidade da consciência humana de transformar a realidade em que vive. As condições materiais de existência aparecem, pois, como determinante histórico maior.

É certo que existem estruturas da realidade que se repetem ou se re-editam com maior frequência, embora com traços históricos de seu tempo. Por serem estruturas, existirão por mais tempo, como adjetivação própria da realidade. Nesta linha de análise, são estruturais os fenômenos da desigualdade social e diferença entre os sexos, por exemplo, além dos fenômenos da natureza.

Estrutura não significa estática, já que nada no mundo permanece imutável. Estrutura aqui deve ser entendida como componentes da realidade que se re-editam com maior frequência, co-existindo por mais tempo no contexto

vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens". In : **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais - Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: ATLAS, 1987.

¹¹⁹ Sobre o assunto, Demo (1985) afirma que :*"A visão ortodoxa reconhece apenas uma forma histórica: a determinação em última instância do econômico. Parece pouco, diante de uma realidade tão complexa"* (p.105).

¹²⁰ A principal rejeição de Habermas em relação ao marxismo reside em seu caráter determinista *"(...) Marx não foi capaz de perceber que qualquer sociedade moderna, independente de sua estrutura de classes, é marcada por um alto grau de diferenciação estrutural"* (Habermas, citado por Oliveira 1990, p. 111).

¹²¹ Demo, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo, ATLAS, 1995; Brull, D. *Dialética e Verdade*, in : Haguette, Ma. T. F (org.). **Dialética Hoje**, Petrópolis: Vozes, 1990; Minayo M. C. S. **O Desafio do Conhecimento : Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

estudado. Estrutura, enquanto processo dinâmico e ambíguo, leva as marcas da história, evoluindo continuamente. Trata-se, pois, de conceber os fenômenos sociais como ***históricos-estruturais***.

A realidade social compõe-se de fatores objetivos e subjetivos, os quais se interrelacionam na totalidade histórica. Tal assertiva significa, em outras palavras, que o homem realiza sua história sob determinadas condições ou estruturas pré-existentes e processuais, sofrendo influência dos fatos, da ação humana e de seu tempo. Concebe-se, pois, que *estrutura é história*¹²², porque dinâmica e movimento dialético.

A qualidade faz parte das relações humanas em sociedade. Ela evolui historicamente no cotidiano, permeia valores, traços culturais, sociais, econômicos e políticos, resultado e causa processual a um só tempo. Existe, enquanto subjetividade da intensidade, na prática social dos homens e nas adjetivações da natureza. Qualidade não é imóvel, porém nunca deixa de existir enquanto fenômeno dialético, possível e transformável ao mesmo tempo. A qualidade faz parte da estrutura social de contextos sócio-históricos, conferindo marca própria através dos tempos.

O enfoque histórico-estrutural do método dialético parece válido para uma realidade contraditória, conflituosa, desigual e historicamente condicionada como a que está inserida a enfermagem. Afinal, é necessário assinalar os sentidos e significados dos problemas, apontando relações, conflitos, dimensões históricas, contradições e superações possíveis para a fragilidade da *qualidade* política do enfermeiro.

O materialismo dialético tem como critério de verdade a prática social. Por ser plural e complexa, a realidade supõe discutibilidade permanente para se

¹²² Ibid.

renovar e construir. O advento do conhecimento, inovador e temporal, aponta-nos a discutibilidade do saber como teste importante de sua validade.

A prática social dos homens pode não corresponder exatamente a uma só teoria. Da mesma forma, uma teoria pode originar diversas práticas. Vê-se exemplo disto, por exemplo, nas diversas formas de se aplicar o construtivismo de Piaget, ou mesmo nas experiências de socialismo experimentadas por alguns países. Por entender a realidade múltipla e complexa, a prática social constitui-se **um**¹²³ critério de verdade que, aliado à **discutibilidade formal e política de uma teoria**, assume o rigor científico tão necessário quanto questionável.

A técnica preterida para esta investigação consiste no **estudo de casos**, já que se pretendeu chegar a grupos específicos de enfermeiros para se investigar mais profundamente a *qualidade* formal e política presente no depoimento e inserção social deste profissional. A técnica de **estudo-de-caso**, além de proporcionar a intensidade à pesquisa em curso, tão necessária ao enfoque dialético da qualidade, possibilita comparações entre as características ambíguas e incompletas presente na fala dos enfermeiros avaliados.

A população da pesquisa é constituída pelo total de enfermeiros atuantes nos serviços de saúde e instituições de ensino do Brasil. Trata-se de **amostragem não-probabilística intencional**, uma vez que se pretende analisar certas características presente no universo dos enfermeiros pesquisados, particularmente a qualidade formal e política destes. A unidade-caso ou "corpus"¹²⁴ objeto da investigação é composta pelos enfermeiros em exercício profissional.

Em pesquisa qualitativa, onde as dimensões de intensidade presentes no *sujeito-objeto* em foco pertencem à subjetividade peculiar de cada um, considera-se arriscado falar em "representatividade" de casos (como se o caso em

¹²³ Demo considera que a Prática Social é **UM** critério de verdade, não o único, já neste sentido antidialético (Demo, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**, São Paulo: ATLAS, 1995)

¹²⁴ Orlandi, E. P. **Análise de Discurso- Princípios e Procedimentos**. Campinas: Pontes, 2001

análise se aplicasse linearmente a outros casos similares). Mais correto seria buscar a exemplaridade presente em cada caso, tentando afirmar que o fato estudado seria **possível e exemplar** no contexto sócio-histórico estudado¹²⁵.

A pesquisa qualitativa, um enfoque interpretativo dinâmico e processual que prima pela compreensão discutível dos fenômenos estudados, não nega a quantidade enquanto componente dialeticamente complementar. Qualidade e quantidade co-existem nos fatos sociais enquanto *unidade de contrários*, superáveis e aperfeiçoáveis no mesmo *espaço-tempo* histórico. Seria oportuno, como sugere Demo (2001), direcionar o conceito de qualidade à idéia de "intensidade", contrapondo-se à *extensão* estritamente quantificável.

Ainda para Demo (2001): "*O conceito de intensidade não é livre de ambigüidades também, como todos os conceitos possíveis e imagináveis, mas pode vislumbrar um horizonte importante da realidade, sempre também em sentido complementar. Fenômenos que se distinguem pela intensidade indicam, primeiro, que não se esgotam na extensão, por mais que esta lhes seja também constitutiva.(...)*" (p. 4). O autor complementa que a noção de intensidade envolvem dimensões marcadas pela profundidade, envolvimento, participação e não-linearidade.

O quadro adiante proposto pelo autor (Demo, 2001: 9), resume bem a relação entre qualidade e intensidade na pesquisa qualitativa:

QUALIDADE	INTENSIDADE
Dialética não-linear	Dinâmica regular/irregular
Criatividade	Profundo, envolvente, participativo
Subjetividade	Emocional, individual

¹²⁵ Demo, P. **Pesquisa e Informação qualitativa : aportes metodológicos**, São Paulo, Cortez, 2001.

Complexidade	Multiplicidade e ambivalência
Perfectibilidade	Inovação permanente
Politicidade	Negociação de potencialidades e oportunidades
Processualidade	Vir a ser permanente

Com o intento de assumir o movimento de superação existente na tensão dialética entre quantidade e qualidade, bem como delinear um contexto demarcado e ampliado da qualidade formal e política dos enfermeiros, a **coleta de dados** desta investigação divide-se em dois momentos. Em um primeiro passo, fez-se uma incursão introdutória mais quantitativa, aplicando aleatoriamente **questionários** semi-estruturados, com perguntas abertas e fechadas, a **100** (cem) enfermeiros distribuídos pelo Brasil. Tendo por pano de fundo o cenário advindo desta fase, selecionamos dois grupos de **seis enfermeiros** e realizamos **entrevistas de profundidade**, constituindo a 2^o fase da coleta.

Os questionários tiveram como objetivo, além de traçar o panorama geral do *campo-objeto* da pesquisa, apontar enfermeiros com indícios ou afastamentos de qualidades política e formal. Já as entrevistas semi-estruturadas, tiveram o intuito de investigar com mais profundidade a qualidade política e formal de enfermeiros **exemplarmente** apontados por ocasião da aplicação dos questionários.

Utilizou-se como parâmetro de análise para qualidade política e formal do enfermeiro as **"Características de Enfermeiros com qualidade formal e política: quadro de referência"**, construído no primeiro capítulo deste estudo. Entende-se que a autonomia do enfermeiro será mais fortalecida se respaldadas por, pelo menos, três particularidades interrelacionadas: 1) crítica de contextos, enquanto capacidade de reflexão potencialmente transformadora; 2) conhecimento como poder, como capacidade de elaboração própria cujas facetas formais e políticas do saber construído possibilita mediações críticas e 3) intervenções

dinamizadoras de contextos, significando movimentos e ações propiciadores de mudança.

A partir do **panorama** traçado pela **1º fase da pesquisa**, de cunho mais quantitativo, e **tendo por base o quadro de referência** citado anteriormente, chegou-se a **dois grupos** de enfermeiros, **um com características aproximativas da qualidade formal e política aqui defendida, outro com fragilidades políticas típicas**. Do cruzamento das entrevistas e análise de depoimentos de tais grupos, considerando as categorias quanto à qualidade política, emancipação e cuidado, apontou-se um novo 'perfil' ao enfermeiro, mais próximo de auto-gestão e intervenção crítica, contribuindo para uma política social de cunho mais emancipatório.

3.1- ESTRUTURAÇÃO, CATEGORIAS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise que ora se constrói utilizará alguns conceitos essenciais para este estudo na tentativa de propor um perfil profissional para o enfermeiro, capaz de influir significativamente nos processos emancipatórios de políticas sociais. A partir das categorias *emancipação, cuidado e qualidade política* pretende-se analisar a fragilidade política do enfermeiro, desvelando sentidos e relações imbricadas no espaço social a que este profissional faz parte.

Assume-se aqui a noção de “*categoria*” enquanto unidade de significação central para uma tese. São constructos significativos e resignificados no processo de interpretação, assumindo contornos próprios do conhecimento que vai sendo construído¹²⁶. As categorias servem ao campo interpretativo assim como os métodos empregam-se à realidade, de forma imperfeita e entendendo o contexto sócio-histórico como sempre mais completo que nossa imperfeita objetivação racional. Trata-se de dimensionar a temporalidade das categorias às circunstâncias interpretativas, concebendo-as como sempre mais limitadas que o *campo-sujeito-objeto*¹²⁷ analisado.

A qualidade política, **capacidade construída de intervenção crítica e participativa dos sujeitos**, expressas pelas várias formas de cuidar, **processo interativo e ambivalente de solidariedade em prol do outro**, potencializa a emancipação **enquanto desconstrução e ruptura dos estados de sujeição excludentes a que estamos submetidos**. Neste sentido, ***o cuidar, sob dimensão da qualidade política, torna possível a emancipação quando (re)constrói relações de poderes mais democráticas e inclusivas, tendo por eixo a participação e o conhecimento crítico inovador.***

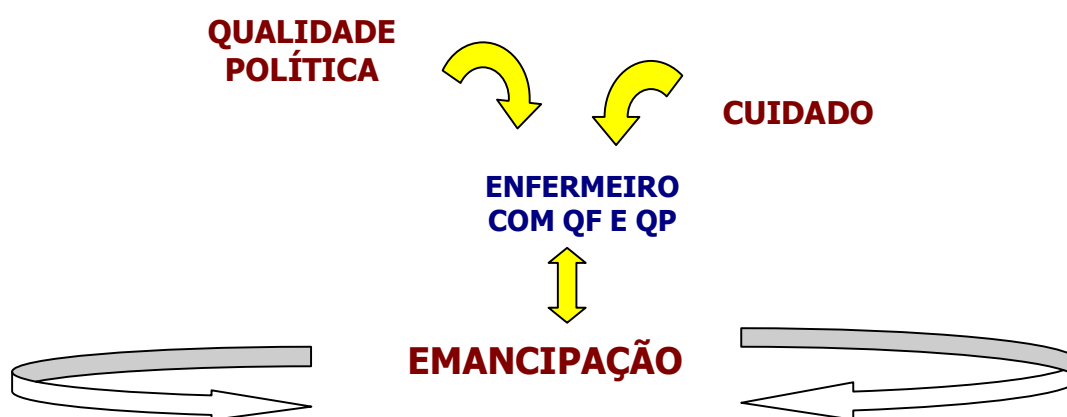
¹²⁶ Minayo, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento : Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

¹²⁷ Por *campo-sujeito-objeto* referimo-nos à complexidade dos espaços interpretativos da realidade, onde convivem de forma dinâmica, interativa e ambivalente vários atores, saberes, culturas, simbologias, significados, contextos e dimensões do conhecimento.

Investigar a fragilidade política do enfermeiro à luz das categoria ***cuidado, qualidade política e emancipação*** significa aproximar-se da inserção social e política deste profissional no cenário da saúde, desvelando conflitos inerentes à prática e vislumbrando movimentos de superação possíveis. Também diz respeito ao entendimento da contribuição deste profissional às políticas sociais (principalmente de saúde), entendendo-o como agente importante à operacionalização de projetos que tenham como intento reduzir as desigualdades sociais, já então emancipatórios.

A proposta é utilizar estes três conceitos articuladamente, procurando dar corpo à **tese** de que **a qualidade formal (QF) e política (QP) do enfermeiro potencializam um agir comprometido com a emancipação**. Entende-se que a ação emancipatória também é política social, no sentido de que desconstrói assimetrias de poder, democratizando-as. De forma esquemática, pode-se propor:

CATEGORIAS DE ANÁLISE: CUIDADO, QP E EMANCIPAÇÃO



O conhecimento humano permeia o cotidiano histórico através de símbolos, culturas, tradições, casos e acasos experimentados dinamicamente nas relações e estruturas da sociedade. É principalmente através da *fala*, da

linguagem, do *discurso entre interlocutores*¹²⁸, dos depoimentos, ou seja, através dos *sentidos* mobilizados pela comunicação e cultura que o homem busca e elabora seus saberes. A subjetividade das inter-relações humanas, avançando na interiorização reflexiva, manifesta-se objetivamente sob determinadas condições sócio-históricas.

As intrincadas redes de poder presentes no cenário político em que se inserem os sujeitos sociais se embrenham na *unidade objetividade-subjetividade* da realidade. Para explicitar a conexão existente entre o sentido e dominação presentes na subjetividade das relações sociais, recorreremos à *hermenêutica de profundidade*, proposta interpretativa de Thompson(2000)¹²⁹. Para este autor, trata-se de interpretar a ideologia ou de analisar como o sentido (significado) pode ser utilizado para re-editar relações assimétricas de poder, contemporizando a hermenêutica de profundidade com objetivo crítico.

Tanto a *hermenêutica de profundidade*, referencial metodológico centrado na interpretação das formas simbólicas, quanto a *análise do discurso*, constructo teórico que privilegia a compreensão da linguagem em suas condições de produção e apreensão de significados, podem ajudar a desvelar estruturas mais profundas presentes nos depoimentos dos enfermeiros desta pesquisa. De comum entre tais abordagens, têm-se a concepção de ideologia enquanto discurso que *re-*

¹²⁸ Orlandi (2001) percebe o discurso como espaço onde língua e ideologia se interrelacionam produzindo “sentidos” por e para sujeitos. “*Discurso é efeito de sentidos entre locutores*” (p. 21). A autora defende que faz parte do corpo de conhecimentos da análise do discurso a compreensão da língua *fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história*. Com inspirações teóricas na lingüística, marxismo e psicanálise, a análise do discurso fornece instrumentos para explorar e compreender o simbólico existente nas relações sociais, dentro da temporalidade sócio-histórica que os compõe. Segundo a autora, a análise de discurso “(...) *Interroga a lingüística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele.*” (Orlandi, 2001:20).

¹²⁹ “*Argumentarei que a análise das formas simbólicas pode ser conceitualizada mais apropriadamente em termos de um marco referencial metodológico que descreverei como hermenêutica de profundidade (HP)*” (Thompson, 2000:355).

edita relações de poderes excludentes¹³⁰, bem como a problematização das evidências com objetivo de explicitar as formas de dominação manifestas na comunicação e da língua.

Optou-se por analisar os depoimentos dos enfermeiros à luz da proposição metodológica da *Hermenêutica de Profundidade* defendida por Thompson, utilizando subsídios da *Análise do Discurso* proposto por Orlandi, para análise das *formas simbólicas* expressas nas declarações das entrevistas. Por meio disso, pretendemos extrair desses autores conceitos e instrumentos apropriados à pesquisa em curso, sem nos determos em maior aprofundamento sobre o complexo campo teórico que cada um deles aborda que, embora relevantes e necessários à metodologia do conhecimento científico, foge às modestas ambições deste estudo.

Não se pretende aqui elaborar uma teoria metodológica própria para manejo dos dados empíricos desta pesquisa, mas inspirar-se em algumas abordagens para analisar com voz própria, sabendo-a limitada, ambígua e discutível, os depoimentos presentes nas falas dos enfermeiros. Cientes da processualidade e incompletude de conhecimento, onde os consensos e limites cabem na nossa capacidade de objetivação, assume-se aqui a pretensão do diálogo reconstrutivo entre estrutura e dinâmica, tendo o contexto como pano de fundo e a certeza da provisoriedade dos achados da ciência¹³¹.

¹³⁰ A análise do discurso propõe uma re-significação da noção de ideologia a partir da linguagem, concepção próxima à de Thompson, que se interessa em saber como as formas simbólicas servem para manter relações de dominação. Veja-se este trecho em Orlandi (2001:47): “*O sentido é assim uma relação determinada do sujeito – afetado pela língua – com a história. É o gesto de interpretação que realiza essa relação do sujeito com a língua, com história, com os sentidos. Esta é a marca da subjetivação e, ao mesmo tempo, o traço da relação da língua com a exterioridade: não há discurso sem sujeito. E não há sujeito sem ideologia. Ideologia e inconsciente estão materialmente ligados. Pela língua, pelo processo que acabamos de descrever.*”

¹³¹ Minayo (1992) arremata com propriedade a relação entre hermenêutica e dialética, realçando a impossibilidade de uma única abordagem dar conta de explicar a realidade: “*Enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido*” (p. 227).

Se é certo que o excesso de racionalidade instrumental de pesquisas quantitativas vem sendo sistematicamente questionadas, por outro lado, a subjetividade dos enfoques qualitativos carecem de manejos empíricos mais objetivados. Percebe-se que as duas dimensões são importantes e dialeticamente complementares para produzir conhecimentos, pois espera-se que o método se curve à realidade, sendo esta sempre mais complexa e imperfeita.

Apesar das críticas pertinentes feitas tanto à *análise do discurso*, em relação à prematuridade teórica e forte inclinação ao estruturalismo francês, e à *hermenêutica de profundidade* de Thompson, no que se refere ao “*pouco realcé*” dado ao quadro de referência teórico, destaque-se a perspectiva de que ambas avançam na árdua tarefa de “descortinar” a ideologia presente nos depoimentos dos sujeitos, servindo-nos aos propósitos de investigar *qualidade*, já que significados e “formas simbólicas” se imbricam no terreiro da política¹³².

No caminho do referencial metodológico da HP proposto por Thompson e reinterpretado por Demo¹³³, o procedimento investigatório das entrevistas, 2ª fase da coleta, estrutura-se em três momentos interdependentes e complementares: 1) contextualização sócio-histórica; 2) análise estrutural e 3) dinâmica interpretativa. O objetivo é tentar desvelar a superficialidade da fala através do aprofundamento significativo da relação subjetiva manifesta no *campo-sujeito-objeto* recortado, sabendo-os limitados pelo mistério maior da comunicação

¹³² Minayo (1992) pondera: “A *análise do discurso*, pela sua vida ainda curta, não consegue precisar cabalmente seu objeto nem em termos teóricos nem do ponto de vista técnico. *Caldatária de várias questões do conhecimento*, ela dificilmente se objetiva enquanto proposta autônoma. Seu caráter amarrado ao estruturalismo lhe subtrai muito da flexibilidade necessária para realizar o que ela própria pretende : dar conta do sentido. A redução a relações binárias para conseguir análise automatizada, a nosso ver, dificilmente permitirá a apreensão das relações dialéticas constitutivas da realização social” (p. 218). Já Demo (2000), em sua re-interpretação da hermenêutica de profundidade em Thompson, repara-a dizendo que, apesar do quadro teórico não estar ausente na abordagem, necessita de um realce maior.

¹³³ Ibid

humana¹³⁴. Assim, a análise qualitativa dos depoimentos dos enfermeiros orienta-se pelos seguintes momentos:

1- Contextualização sócio-histórica

A conjuntura em que se produzem, recebem e circulam as formas simbólicas influencia o sentido expresso nos depoimentos dos sujeitos. Ou seja, as condições e oportunidades em que cada sujeito se encontra, o percurso galgado, os ritos, tradições, poderes e contra-poderes, as intervenções possíveis e/ou pouco prováveis, os saberes e conhecimentos construíveis e/ou destruídos, enfim, as circunstâncias em que as *formas simbólicas* se dão interferem na comunicação e linguagem das relações sociais. Pretende-se captar minimamente a tecitura dialética da historicidade presente, percebendo como as sínteses se movem no cotidiano.

Em relação ao "contexto" dos enfermeiros entrevistados, procurou-se observar a presença de alguns elementos importantes para a qualidade política do profissional, **tentando capturar o potencial crítico de sua inserção social**. Assim, observou-se a trajetória pessoal e profissional do sujeito, principalmente no que se refere a vivências em movimentos sociais organizados, história de vida, experiências fora do espaço formal de aprendizagem e/ou em outras áreas, militâncias, contribuições à categoria em sentido mais coletivo, produção científica, fatores inusitados que tenham marcado a inserção e trajetória do profissional-cidadão entrevistado. Para reforçar o que se vem defendendo, veja-se as idéias de Thompson (2000:199) sobre as características típicas dos contextos sócio-históricos:

¹³⁴ Nunca se sabe ao certo o que se diz, porque se diz e como se diz, já que o sentido revela elementos objetivos e subjetivos da existência humana não totalmente conhecidos. A este respeito ver Orlandi, E. P. **Análise do Discurso – Princípios e Procedimentos**. Campinas: Pontes, 2001.

* Características Típicas dos Contextos Sociais, segundo Thompson

- **Situações espaço-temporais**
- **Campos de Interação**
 - Recursos ou capital
 - Regras, convenções ou esquemas
- **Instituições sociais: conjuntos relativamente estáveis de regras, recursos e relações**
- **Estrutura social: assimetrias e diferenças relativamente estáveis**

Interessante a referência do autor sobre a inserção do poder nas instituições sociais, marcada pela posição que os sujeitos ocupam no campo institucional. Para a enfermagem, onde a prática social acontece predominantemente em rígidas organizações sociais, o espaço que o enfermeiro ocupa tem particular relevância à capacidade de interferir no cotidiano. Como a profissão tem expandido seu campo de atuação, é importante contemporizar tal aspecto do contexto em que se insere o enfermeiro para se analisar depoimentos e ações.

2- Análise Estrutural

O Espaço onde ocorrem os depoimentos e sentidos nele incluídos é *histórico-estrutural*, convivendo dialeticamente com movimentos próprios da história e com estruturas que se reeditam com maior assiduidade no contexto em foco. Nele ocorrem as características mais constitutivas e formal da língua e do discurso, contribuindo para explicar minimamente, até onde for possível tal formalismo, como a linguagem funciona, em cenários sócio-históricos específicos, para produzir significados.

A face estrutural da análise - que não se resume à linguagem e seu funcionamento, já que o mistério da fala é por demais complexo e imperfeito -

constitui uma etapa importante da tentativa de desvelar a superficialidade do *texto*, destacando-lhe as freqüências, códigos, “*silêncios*”, “*interdiscursos*”, posicionamentos, modo de dizer e não-dizer, argumentos e demais características importantes presentes na exterioridade da fala.

Texto, interdiscurso e silêncio constituem conceitos destacados na teoria do discurso em ORLANDI (2000). Segundo esta autora, texto é uma unidade complexa que pode significar uma palavra, uma frase ou uma entrevista inteira. Também pode ser um livro, um romance ou qualquer recurso que faça sentido ao momento histórico. Não é a extensão que delimita o texto, mas o fato de constituir *unidade em relação à situação*. Já interdiscurso, diz respeito a “memória discursiva” ou ao que é dito antes, em outro tempo, e que retorna à fala dos sujeitos para fazer sentido¹³⁵. Interdiscurso é a articulação de vários discursos, várias interpretação possíveis que sustentam um modo de dizer as coisas.

A relação entre o dito e o não dito, entre o subentendido, entre o que se diz não dizendo, manifestam-se nas várias formas em que o silêncio ocorre. Entender o silêncio e seus significados depende de como acontece a inserção dos interlocutores no contexto histórico. Assim, o silenciamento da fala pode ter vários sentidos, muitos dos quais subjetivos, com diversos efeitos sobre a ação do sujeito¹³⁶.

Para analisar depoimentos em profundidade, tentando “descascar” a fala e dela extrair sentidos e ideologias, o manejo mínimo de estruturas lingüísticas se faz necessário. Se é certo que nunca saberemos com certeza o total significado da fala e seus muitos sentidos, tal incerteza alimenta a busca aprimorada, que se

¹³⁵ Para exemplificar a noção de interdiscurso, Orlandi interpreta o sentido de uma convocação para eleição em um campus universitário feito através de uma faixa escrita: “vote sem medo!”, que também poderia significar, por exemplo “vote com coragem”, remetendo-se à época da ditadura. Em um outro trecho, a autora pontua que “vote sem medo” pode ter como interdiscurso “vote sem medo de ser feliz!”, slogan da campanha de Lula, candidato de esquerda à presidência do Brasil.

¹³⁶ Para aprofundamento sobre “silêncio” e demais conceitos da teoria de discurso ver Orlandi, E. P. **A Linguagem e seu Funcionamento**. Campinas: Pontes, 1996 e Orlandi, E. P. **Análise do Discurso – Princípios e Procedimentos**. Campinas: Pontes, 2001.

reconstrói continuamente na ambígua e controversa comunicação humana. Tentando dar maior operacionalidade a esta fase de análise, pensou-se em dois sub-itens:

- a) *Códigos e termos freqüentes*, onde se procura averiguar a freqüência dos componentes comunicativos, os argumentos que voltam, frases e palavras que se repetem, discursos que retornam, ênfase em determinadas expressões;
- b) *Posicionamentos e Argumentações*, procurando investigar estruturas mais profundas da subjetividade do depoimento, principalmente as crenças, comportamentos arraigados, expectativas, "silêncios", atos falhos, "astúcias", recorrências. Também procura decifrar a forma de argumentar do entrevistado, seus recursos e subterfúgios de convencimento, o envolvimento e adesão de quem escuta.

3-Dinâmica Interpretativa

Tanto o contexto sócio-histórico quanto a análise estrutural articulam-se intensamente pela dinâmica interpretativa, a qual constitui a síntese possível do *campo-objeto-sujeito* investigado. O movimento elucidativo de sentidos e poderes requer idas e vindas como elementos importantes ao entendimento do cotidiano. Trata-se do arremate possível, do desfecho provisório, movediço e reflexivo, do significado construído pelos sujeitos - entrevistado e entrevistador.

A interpretação implica em movimentos de construção criativa e temporal das desconstruções realizadas, em contextos específicos. Ela pretende chegar a constructos inusitados de significados a partir das análises formais, subsidiando novas críticas reconstrutivas. Interpretar é processo inacabado que

envolve a subjetividade dos interlocutores incluídos na relação comunicativa, portanto sempre incompleta por se refazer na diversidade de significados possíveis. Para Thompson (2000):

"(...) o processo de interpretação vai além dos métodos de análise sócio-histórica e da análise formal ou discursiva. Ela transcende a contextualização das formas simbólicas tratadas como produtos socialmente situados, e o fechamento das formas simbólicas tratadas como construções que apresentam uma estrutura articulada. As formas simbólicas representam algo, elas dizem alguma coisa sobre algo, e é esse caráter transcendente que deve ser compreendido pelo processo de interpretação" (p. 375).

O autor alerta para o fato de o processo de interpretação ser simultaneamente uma reinterpretação, já que as *formas simbólicas* fazem parte de um campo pré-interpretado, no sentido de que elas são interpretadas pelos sujeitos constituintes do mundo sócio-histórico. Importante destacar que o método aqui proposto não pretende esgotar o imenso campo interpretativo da realidade, mas dimensionar alguns fatores que se re-editam com maior frequência nos espaços-tempos sociais, sabendo-os limitados e incompletos¹³⁷. A exemplo da proposta metodológica de Thompson (2000), a dinâmica interpretativa deste estudo estrutura-se em três partes articuladas:

a) DO PONTO DE VISTA DO ENTREVISTADO (*standpoint epistemology*): um exercício de se colocar no lugar do outro, dentro de seu contexto e vivências, para entender o que ele gostaria de dizer ou de se fazer ouvir. Ou seja, seria o "*entendimento do outro como o outro gostaria de ser entendido*";

¹³⁷ "A metodologia da HP nos possibilita fazer uso de métodos particulares de análise e ao mesmo tempo alerta-nos sobre seus limites e suas falácias subjacentes. São um esquema intelectual para um movimento de pensamento que demonstra características distintas das formas simbólicas, sem cair nas armadilhas gêmeas do internalismo ou do reducionismo" (Thompson, 2000: 377).

b) CRÍTICA: Tenta analisar a entrevista capturando-se as características de qualidade formal e política abordadas no referencial teórico deste estudo, ou seja **I- Crítica de Contextos**: percepção das contradições presentes na prática social do enfermeiro, visão dialética do processo saúde-doença, questionamentos acerca de sua inserção no campo de poderes institucional, entendimento da historicidade e dinamicidade das relações sociais, reconhecimento das representações categóricas como espaços de cidadania organizada; **II- Conhecimento como Poder**: visão de poder como conquista possível pelas vias do conhecimento, inovações da prática fundamentada em conhecimento próprio, atualizações em relação aos aspectos técnico-científicos do campo da saúde, constitui-se referência no espaço profissional; **III- Intervenções Dinamizadoras de realidades**: tenta exercer uma 'resistência' à hegemonia médica ou ao modelo biomédico, busca autonomia na prática profissional, interessa-se e participa por buscas coletivas de melhores dias, demonstra competência e relações democráticas no cuidar.

c) REINTERPRETAÇÃO: Revisão da interpretação realizada, na tentativa de manter o processo de reconstrução próprio do conhecimento inovador.

Lembre-se de que a proposta metodológica aqui explicitada, à luz da HP e análise do discurso, articula-se intimamente com o contexto teórico deste estudo, principalmente através das categorias de análise centrais, qualidade política, cuidado e emancipação. Ademais, assumimos provisoriamente que, embora o que se re-edite com maior frequência pode não ser o mais importante, tendo em vista a multidimensionalidade da hermenêutica¹³⁸, a exemplaridade pode ordenar melhor o campo interpretativo, facilitando sacar conclusões, ainda que limitadas.

¹³⁸ DEMO, P, "Metodologia do Conhecimento Científico", São Paulo, Atlas, 2000

QUADRO 2- ANÁLISE QUALITATIVA DE DEPOIMENTOS: PROPOSTA METODOLÓGICA

1-CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO ENTEVISTADO

2-ANÁLISE ESTRUTURAL:

- a) códigos e termos freqüentes
- b) posicionamentos e argumentação

3- DINÂMICA INTERPRETATIVA:

- A) Do ponto de vista do entrevistado (standpoint epistemology)
- B) Crítica
- C) Reinterpretação

* ANÁLISE DE DADOS: CENÁRIO DA AMOSTRA

A primeira fase da coleta de dados constou da aplicação aleatória de questionários a enfermeiros em exercício profissional em todo o Brasil. Dos **100** questionários, **76** foram aplicados diretamente, garantindo a interação subjetiva entre entrevistado-entrevistador, e **24** questionários foram distribuídos a enfermeiros durante o **52º Congresso de Enfermagem**, em outubro de 2000, Recife-PE, com o intuito de se alcançar uma boa expressividade nacional, em termos de *exemplaridade*. O objetivo desta primeira fase, de cunho mais quantitativo, era demarcar um campo contextual empírico sobre o qual se poderia catar indicações de enfermeiros com aproximações e distanciamentos da qualidade formal e política.

O caráter da subjetividade presente na aplicação dos questionários, onde se pode interagir mais significativamente com os múltiplos sentidos das repostas, constituiu-se momento relevante para o apuramento da percepção acerca dos indícios de qualidade formal e política. Com certeza os *interdiscursos*, *silêncios*¹³⁹, recorrências e omissões expressos durante a conversa com os **76** enfermeiros ajudaram a aprimorar a análise subjetiva dos depoimentos, os quais posteriormente foram aprofundados nas entrevistas de profundidade.

Igualmente relevante foram os 26 questionários distribuídos e respondidos durante o **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, evento de maior expressividade para a profissão, reunindo cerca de 3500 profissionais de todo o Brasil. Aliás, ressalte-se a boa receptividade desta pesquisa pelos enfermeiros abordados por este estudo como ponto interessante a se avaliar. A colaboração da enfermagem, que historicamente tem contribuído para a operacionalização de políticas sociais de saúde nem sempre inclusivas ou democráticas, também pode significar o traço de solidariedade tão importante ao cuidado emancipatório aqui defendido. Voltaremos a esta questão no tempo devido. Por ora, expressamos o sentimento de acolhimento presente na quase totalidade das conversas realizadas.

O questionário utilizado nesta fase da pesquisa inspirou-se no quadro de referência "**características de enfermeiro com qualidade formal e política**" construído na 1º parte, contexto teórico. Procurou-se abordar, em um primeiro momento, questões referentes à formação, qualificações e experiências profissionais dos enfermeiros, com o intuito de se averiguar o aspecto mais formal do conhecimento construído pelo profissional. Já a face política da qualidade foi tateada através de posicionamentos do enfermeiro acerca de questões como contradições, autonomia, cuidado, atividades educativas e inserção social na política de saúde.

¹³⁹ ver nota 144

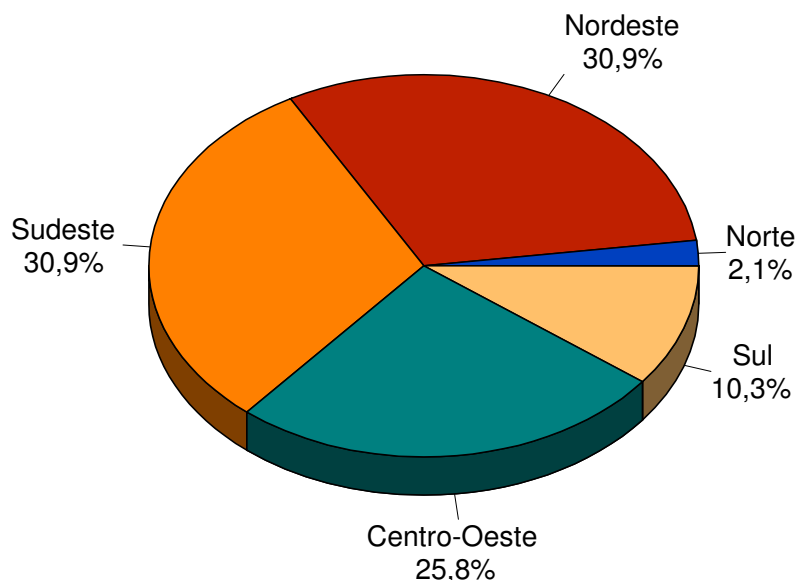
Ressalte-se que o grande referencial de análise, tanto para esta como para a 2^o fase da coleta, respalda-se nas categorias **cuidado, qualidade política e emancipação**. Procurou-se, pois, de forma extensa e intensa, delinear minimamente o contexto da amostra, de onde se retirou indicações para as entrevistas de profundidade.

A título de caracterização inicial, expõe-se a seguir o **cenário da amostra**, para posterior afinamento interpretativo. No que se refere à **distribuição dos enfermeiros por instituição formadora e região do país**, embora tal aspecto não tenha maior centralidade para a avaliação em curso¹⁴⁰, observou-se a presença de todas as regiões do país (**17 estados**) no panorama geral desenhado, havendo certo equilíbrio entre as regiões nordeste (30,9%), centro-oeste (25,8%) e sudeste (30,9%).

No caminho da exemplaridade à qual Demo (2000) se refere, e tendo em vista a diversidade e complexidade sócio-econômica e cultural do Brasil, o fato de se ter contemplado todas as regiões do país neste estudo constitui fato importante em termos de **multiplicidade de realidades** - embora saibamos que, dependendo do enfoque dado, um único caso pode conter bem mais diversidade que mil, já que extensão e intensidade se completam muito mais do que se excluem. Veja-se a seguir ilustração no gráfico 1

¹⁴⁰ Lembremos que o objeto desta pesquisa, fragilidade/qualidade política do enfermeiro, requer amplo leque de implicações provisoriamente explicativas. Acredita-se que, embora a instituição formadora tenha importância para a qualidade formal e política do enfermeiro, a capacidade de intervenção crítica deste profissional em contextos específicos depende de múltiplos e dinâmicos fatores, tais como história de vida, aprendizados formais e informais, militâncias e prática participativa, experiências como profissional e cidadão.

GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR INSTITUIÇÃO FORMADORA E REGIÕES DO PAÍS



A preocupação com a qualificação profissional, em nível de pós-graduação, teve marca registrada nas respostas aos questionários. Dos enfermeiros participantes da pesquisa, **77%** possuíam ou cursavam **pós-graduações**, enquanto **23%** não. Embora a pós-graduação não garanta a qualidade política do profissional, vê-se que historicamente tem-se constituído um bom ingrediente ao conhecimento formal. Saliente-se que, em tempos neoliberais globalizados, a mais-valia tornou-se relativa, centrando-se na exploração do conhecimento predominantemente formal. Seria o caso, então, de avaliar que a procura por aperfeiçoamento profissional na categoria, apesar de relevante sob o ponto de vista de possibilidades de superação, insere-se no contexto econômico atual, marcado pela lógica do mercado.

A produção científica do enfermeiro, aqui considerada em sentido diversificado, valendo desde artigos e ensaios, passando por relato de experiências apresentados em congressos até teses de doutoramento, complementa

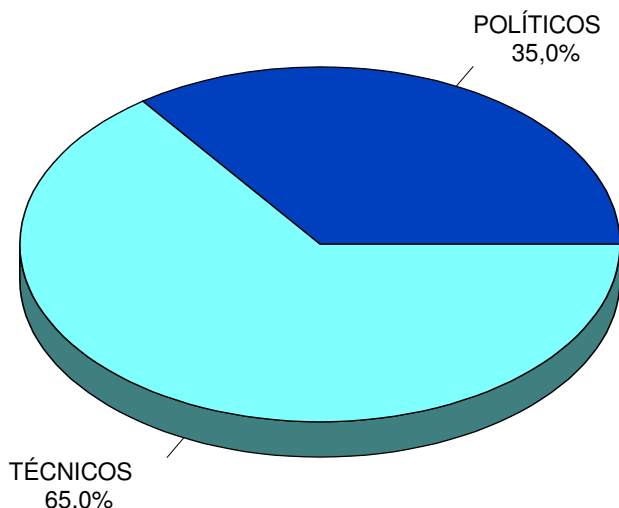
sobremaneira a análise da qualidade formal da categoria. Assim, a maioria dos enfermeiros (**77%**) afirmaram já ter realizado pesquisa científica na vida profissional, porém **23%** ainda não tinham passado por essa experiência.

A elaboração de conhecimento próprio fortalece o potencial da educação, constituindo estratégia importante à qualificação profissional. Quando se observa a temática das produções realizadas pelos enfermeiros, percebe-se uma predominância significativa dos temas técnicos sobre os políticos. Por temáticas técnicas estamos entendendo aqueles restritos ao campo da instrumentalidade formal, ligadas predominantemente ao saber biológico ou de procedimentos específicos da área de saúde. Já as temáticas sócio-políticas envolvem áreas ou conhecimentos que resgatam a inserção social e política do profissional nas relações e dinamicidades do contexto histórico, introduzindo entendimentos mais abrangentes e contextualizado do processo saúde-doença (ver gráfico 2 adiante).

Embora os chamados assuntos técnicos possam (ou mesmo devam) ter aspectos políticos envolvidos, entendendo as faces técnicas e políticas como contrários dialéticos, o que se observa em geral é o predomínio do tecnicismo e pragmatismo da ciência moderna influenciando todos os campos do conhecimento¹⁴¹. A enfermagem, como as demais áreas da saúde, historicamente vem fragmentando o componente social e político dos assuntos técnicos, contribuindo para a hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde. O agir emancipatório, respaldado na qualidade formal e política, passa pela construção de conhecimento crítico inovador enquanto poder de inferir nos cotidianos, redistribuindo oportunidades e conquistas.

¹⁴¹ A discussão sobre a racionalidade instrumental da ciência moderna pode ser melhor aprofundada, por exemplo, em Capra, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: CULTRIX, 1982, Bauman, Z. **Modernidade e Ambivalência**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed, 1999, Minayo, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento : Pesquisa Qualitativa em Saúde** , São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

GRÁFICO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO PRODUÇÃO CIENTÍFICA: TEMÁTICAS



■ TEMAS SÓCIO-POLÍTICOS: POLÍTICAS PÚBLICAS, PRÁTICA SOCIAL DO ENFERMEIRO, FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM, POLÍTICA SOCIAL, ESTADO, SOCIEDADE, CIDADANIA E SAÚDE, HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

■ TEMAS TÉCNICOS: UTI, CC, CME, OBSTETRÍCIA, PATOLOGIAS, ABORDAGENS POR CICLOS DE VIDA (CRIANÇA, ADOLESCENTE, MULHER, ADULTO E IDOSO), GERENCIAMENTO E GESTÃO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR, PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA.

Atente-se ao fato de que esta fase apenas aponta **indicações superficiais da amostra**, a pretensão de se aprofundar as pistas dos questionários ficou a cargo da 2ª etapa, nas entrevistas de profundidade. Registre-se, pois, as limitações interpretativas do dado empírico, sujeito a reveses múltiplos. Assim, um tema por nós classificado como “técnico”, pode apresentar considerável substância política, da mesma forma que uma temática dita “política” possa apresentar tecnicismos típicos do positivismo nas ciências sociais, por exemplo. O

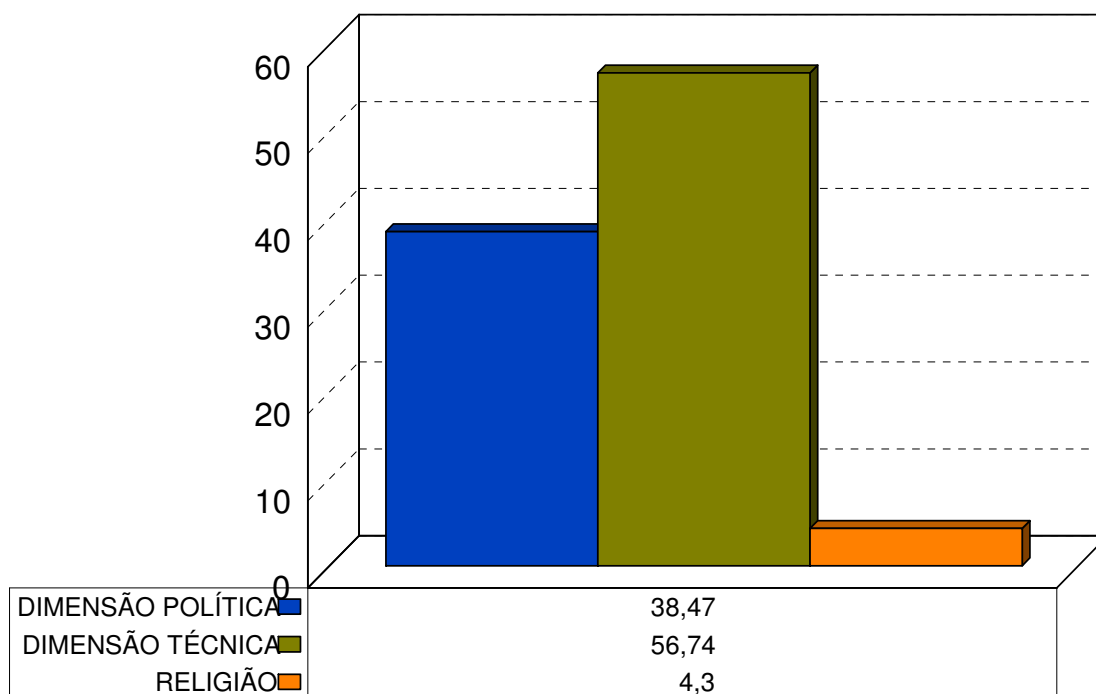
que vale aqui, porém, é a tendência geral e ambígua, indicativa, capaz de apontar questões para a hermenêutica de profundidade e análise do discurso.

A tendência ao tecnicismo na enfermagem também pode ser visualizada em mais duas questões referentes à capacitação e ao aperfeiçoamento profissional. Inquiridos sobre os assuntos que costumam buscar para se capacitar em 1º lugar, dentre os ligados ao trabalho, atualidades ou, ainda, que ampliem a **percepção crítica**, a opção ligada à percepção crítica foi indicada como prioritária por apenas **32%** dos enfermeiros.

Em uma outra questão, afirmava-se inicialmente que *as **capacitações** oferecidas para o enfermeiro, assim como nossa própria formação, primam pela **proficiência técnica***. Em seguida, perguntava-se: *que **outras dimensões** e/ou assuntos seriam importantes para a formação/qualificação do enfermeiro?* Apesar da intencionalidade da pergunta, onde explicitou-se que não só a proficiência técnica era importante para a qualificação do profissional, já que pretendeu-se captar nas argumentações das respostas elementos de qualidade política, os resultados redundaram em priorizar a dimensão técnica do conhecimento, em detrimento da face política igualmente importante.

Nos resultados, **56,7%** exemplificaram assuntos tendenciosamente **técnicos**; já **38,4%** citaram temas eminentemente **políticos**. Ressalte-se que **4,3%** referenciaram a religião como um aspecto importante para a formação/qualificação do enfermeiro, o que consideramos um fato curioso. Se por um lado a religiosidade contribui para a espiritualidade, tão importante ao cuidar humano, por outro, a influência histórica da religião na profissão tem influenciado mitos e ideologias pouco críticas, alimentando posturas submissas na enfermagem. Considere-se que dogma e ciência presentes no assunto 'religião', apesar de aparentes semelhanças, enfrentam-se por princípios - já que dogma pressupõe fé incondicional, enquanto ciência requer questionamento reconstrutivo. A seguir, observe-se as repostas no gráfico Nº 3.

GRÁFICO 3 – TEMAS IMPORTANTES PARA A QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR DIMENSÃO



DIMENSÃO POLÍTICA: Políticas Públicas/social, Filosofia, Prática/historicidade da profissão, ciência política.

DIMENSÃO TÉCNICA: Gerência/gestão, Técnicas/teorias de enfermagem, Psicologia, pedagogia/educação, metodologia da pesquisa, outros correlatos.

Um aspecto importante em relação à caracterização da amostra que aqui se constrói diz respeito à experiência profissional dos enfermeiros, amplamente diversificada. No cenário em curso, **16%** dos enfermeiros tinham como atividade principal a gerência, **46%** assistência e **38%** docência. Ressalte-se que **75%** dos enfermeiros já tinham passado por mais de três áreas de atuação, o que exemplifica a grande inserção do profissional em vários *espaços-tempo* onde ocorrem as relações do cuidar.

O enfermeiro pode ser um ator social relevante para a operacionalização de políticas sociais, muitas vezes até central, considerando-se a flexibilidade de sua atuação e o quantitativo de pessoas sob sua responsabilidade e orientação¹⁴². Tal idéia deverá ganhar maior consistência teórico-argumentativa no 4º capítulo, onde proporemos um perfil para este profissional baseados na qualidade formal e política.

O outro momento do questionário procurou investigar os posicionamentos dos enfermeiros em relação a questões conflituosas do contexto profissional. A intenção era procurar indícios de qualidade política nos respondentes à luz do quadro indicador de características formais e políticas do enfermeiro¹⁴³, procurando delinear dois grupos de enfermeiros para entrevistas de profundidade, um com aproximações da qualidade formal e política, outro com distanciamentos.

Os principais assuntos abordados nos tópicos relativos a posicionamentos versaram sobre a percepção crítica quanto aos conflitos e contradições existentes no contexto profissional, autonomia e o cuidar inseridos na prática social da enfermagem. À luz das categorias de análise qualidade política, emancipação e cuidado procurou-se interpretar as respostas procurando características merecedoras de maior investigação.

¹⁴² Para perceber minimamente a extensão numérica da categoria, somente no DF existem, segundo Conselho Federal de Enfermagem, Cofen (2000), 17071 profissionais, sendo 13% enfermeiros (2290), 51% auxiliares de enfermagem (8608), 26% técnicos de enfermagem (4775), 8% de atendentes (1398). Ainda segundo a OPS (2001), Organização Panamericana de Saúde, a enfermagem representa de 50 a 60% dos profissionais de saúde, com grande capilaridade nas políticas de saúde.

¹⁴³ Recordando quadro : **I- Crítica de Contextos** : percepção das contradições presentes na prática social do enfermeiro, visão dialética do processo saúde-doença, questionamentos acerca de sua inserção no campo de poderes institucional, entendimento da historicidade e dinamicidade das relações sociais, reconhecimento das representações categóricas como espaços de cidadania organizada; **II- Conhecimento como Poder**: visão de poder como conquista possível pelas vias do conhecimento, inovações da prática fundamentada em conhecimento próprio, atualizações em relação aos aspectos técnico-científicos do campo da saúde, constitui-se referência no espaço profissional; **III- Intervenções Dinamizadoras de realidades**: tenta exercer uma 'resistência' à hegemonia médica ou ao modelo biomédico, busca autonomia na prática profissional, interessa-se e participa por buscas coletivas de melhores dias, demonstra competência e relações democráticas no cuidar.

A prática do enfermeiro é palco de contradições onde permeiam relações conflituosas, como divisão social do trabalho, confronto de poderes entre o enfermeiro e o profissional médico, a instituição, a equipe de enfermagem e as pessoas alvo do cuidar da profissão, questões de gênero e de caráter ideológico conservador da profissão¹⁴⁴. Uma das questões apontadas era se tínhamos conseguido enfrentar tais contradições de maneira crítica e/ou organizada. Nas respostas, a maioria acha que **não (60%)**, seguidos por **30%** que consideram **'em parte'** e **10%** que acham que **sim**.

Longe de se querer categorizar dicotomicamente os resultados numéricos, procurou-se observar nas entrelinhas das respostas a argumentação firme, o embasamento crítico, a ampla percepção do contexto social para além das simples afirmativas entre 'sim', 'não' ou 'em parte'. Até porque a própria pergunta, propositadamente, direcionava a resposta para o não, já que a intenção era captar as entrelinhas das justificativas e, não, o dado quantitativo puro¹⁴⁵.

Embora muitas pessoas tenham respondido 'não', até porque as pressões do cotidiano levem a isto (mesmo que ele não tenha claro as causas destas "pressões"), isto pode ou não significar indícios de qualidade política. Ao se tomar dois enfermeiros como exemplo, um com aproximações de qualidade política, outro com fragilidades, observa-se respostas distintas relativas à mesma questão. Apesar de ambos terem respondido o 'não', um caminha para a justificativa sobre a falta de estudos relacionados à historicidade e inserção da profissão na prática social, além da questão de gênero¹⁴⁶ e pouca participação

¹⁴⁴ Ver literatura crítica da enfermagem citada na nota 71.

¹⁴⁵ Ressalte-se aqui o registro feito por dois enfermeiros doutorandos em questionários auto-aplicados, reclamando que as perguntas estavam 'tendenciosas'. Ratifiquemos que em momento algum apresentamos expectativa de sermos imparciais ou neutros neste estudo, muito ao contrário. Optou-se pela intencionalidade das questões para forçar a argumentação e a crítica fundamentada, reforçando o caráter mais qualitativo da investigação.

¹⁴⁶ Em outra pergunta abordada no questionário, inquiriu-se sobre os fatores que influenciavam a baixa remuneração do enfermeiro em relação a outros profissionais de nível superior na área de saúde. Um dos fatores apontados em primeiro lugar diz respeito à influência do gênero. Considere-se as questões de gênero de imensa relevância ao cenário de conflitos aqui apontados, necessitando de maiores abordagens do que a pretensão desta pesquisa.

política dos enfermeiros. Já o outro atribui o fato a uma evasiva e genérica 'falta de união' e despreparo técnico do profissional. Percepção crítica do contexto envolve argumentação sobre as complexas relações sociais da realidade, o que fica bem mais fundamentada no primeiro profissional.

As questões sobre posicionamentos vão se complementando na tentativa de delinear espaços subjetivos capazes de indicar características aproximativas ou distanciadoras da qualidade política. O exercício de interpretação subjetivo, embora tenha sido mais intenso na 2ª fase, esteve presente tanto na aplicação presencial dos questionários como, posteriormente, na sistematização dos dados coletados.

Outro ponto importante para o cenário da amostra que ora se desenha diz respeito à autonomia na profissão. Entenda-se a autonomia em um contexto de relatividade que se vem defendendo, onde a liberdade de uns se enfrenta com a privação de outros, ambos superáveis na unidade que dinamicamente os constrói.

A autonomia esteve presente no questionário em dois momentos. No primeiro, se nós enfermeiros estávamos sustentando espaços de poder capazes de oferecer possibilidades autônomas às pessoas e a nós mesmos. No segundo, associou-se autonomia com cuidado. Por '**possibilidades autônomas**' entenda-se a factibilidade construída de se traçar caminhos próprios, em cenários relacionais ambíguos de disputa por poder. O sentido do questionamento era captar a percepção do enfermeiro acerca da unidade dialética *poder-autonomia* como conquista de sujeito histórico, facilitado pelas vias do conhecimento crítico inovador e da cidadania.

Em relação ao cuidado na enfermagem, questionou-se se nós, enfermeiros, temos cuidado das pessoas de modo a torná-las independentes do cuidar e através dele. Assumiu-se aqui a visão de cuidado emancipatório defendida no 2º capítulo, ***onde o gesto de ajuda solidária se reconstrói na dispensa da ajuda, possibilitando movimentos desconstrutivos das assimetrias de***

poder. A intenção, novamente, era transcender as respostas puramente objetivas, apesar de sua relevância, identificando posições nos enfermeiros mais aproximativas do cuidar enquanto relação ambígua e interativa com o outro, capaz de construir cidadanias e reduzir desigualdades.

A maioria dos enfermeiros (**68%**) respondeu em parte (**48%**), ou sim (**20%**) à pergunta sobre a autonomia na prática profissional. Também disseram que a enfermagem tem cuidado das pessoas mais para torná-las independentes do cuidar (**45%**) que para transformá-las em "paciente" (**36%**), portanto, objeto do cuidar, não sujeito. Veja-se os tabela a seguir:

Tabela 1- AUTONOMIA: TEMOS SUSTENTADO ESPAÇOS CAPAZES DE OFERECER POSSIBILIDADES AUTÔNOMAS ÀS PESSOAS E A NÓS MESMOS?

OPÇÃO	PERCENTUAL
SIM	20%
NÃO	30%
EM PARTE	48%
DISCORDO DA AFIRMAÇÃO	

Comparando essas respostas com a questão anterior sobre os enfrentamentos críticos da profissão, observa-se um fato curioso. Para a maioria dos enfermeiros não temos enfrentado as contradições presentes na profissão de maneira crítica e/ou organizada (**60%**). Apesar, e sobre isto, muitos acreditam (**68%**) que temos sustentado espaços de autonomia. Surgem-nos alguns questionamentos: como é possível sermos autônomos na prática profissional sem enfrentarmos minimamente os conflitos inerentes a tal contexto sócio-histórico? ***Se é fato que existem exemplos de posições autônomas conquistadas por enfermeiros neste vasto campo de ambigüidades chamado prática social, não seria por demais arriscado tentar generalizar exemplos individuais***

sem uma análise mais apurada em termos de conquistas coletivas e socialmente construídas ?

A observação da questão sobre o cuidado e autonomia faz emergir mais fatos interessantes. O enfermeiro acredita com muita solidez que seu cuidar tem contribuído para a autonomia de sujeitos, mesmo não se considerando autônomo. Nesse sentido, surgem outras perguntas: ***é possível cuidarmos das pessoas de modo a torná-las independentes deste cuidar quando a autonomia para nós ainda é um desafio? Como é possível emancipar o outro sem emancipar-se junto, sendo o cuidado relação social interativa e ambígua, historicamente construída?***

É neste cenário ambivalente e controverso, cheio de vieses e reinterpretações, limites e possibilidades, que perdura a enfermagem. Para este estudo que investiga a qualidade política dos enfermeiros, enquanto intervenção crítica e criativa, a percepção contextualizada das múltiplas complexidades dos conflitos inerentes à profissão constitui aspecto importante ao agir autônomo. Assim, valem muito mais a postura argumentativa, a capacidade de construir, reconstruir e desconstruir conceitos, o entendimento ampliado do cuidar e da prática da enfermagem nas relações sociais que respostas prontas e/ou terminais. Esta primeira etapa procurou investigar tais questões, procurando exemplaridades importantes para a tese em curso.

Em relação à inserção da enfermagem na política social de saúde, cite-se duas questões consideradas relevantes. Em uma, pedia-se ao enfermeiro que enumerasse, dentre 10 itens, 3 que fossem prioritários para melhorar o acesso dos pobres à saúde. Em outra, afirmava-se que no Brasil os pobres têm menos acesso a serviços de saúde com qualidade, para perguntar em seguida se fazíamos parte do processo de reprodução desta desigualdade. Acrescente-se que tais questões, uma mais técnica, outra mais política, se complementam, o que contribui para a análise geral do cenário da amostra.

Nos resultados às questões sobre políticas sociais de saúde, observou-se que, no geral, o enfermeiro tem um bom entendimento técnico de como organizar os serviços de saúde, porém sem uma análise mais profunda sobre as condições sócio-políticas explicativas para a exclusão social no campo da saúde. Apesar da maioria afirmar que faz parte do processo de reprodução das desigualdades sociais, ***poucos argumentavam na perspectiva de sujeitos históricos, co-responsáveis pelo caminhar humano***. No geral, curiosamente, as respostas giravam em torno da *culpabilização* individual do profissional, sem contextualizá-la social e politicamente. Acrescente-se o retorno de falas como falta de 'conhecimentos técnicos científicos' e idéias frágeis sobre a necessidade de 'união', sem maiores fundamentações sobre a cidadania coletiva participativa.

Outro ponto importante na análise desta questão diz respeito ao percentual de enfermeiros que discordaram da afirmação, alegando que o SUS tem garantido acesso com qualidade também ao pobre. Embora reconheçamos os importantes avanços do SUS quanto ao acesso da população, algumas excelências de serviços e democratização das decisões, mesmo com as "pendengas" e pobreza políticas vigentes¹⁴⁷, o sistema único de saúde não tem conseguido influir significativamente para reduzir desigualdades, redistribuindo renda e poder, influenciando na conquistas de garantias sociais¹⁴⁸.

Observou-se duas posturas centrais dos enfermeiros discordantes à afirmação relativa à falta de qualidade do SUS. De um lado, fragilidades na análise contextual do SUS enquanto política de saúde, indicando debilidades políticas típicas. De outro, não polar, observou-se traços de ***discurso à serviço do***

¹⁴⁷ Ver relatórios do PNUD sobre desenvolvimento humano e análises de Pedro Demo sobre combate à pobreza.

¹⁴⁸ O referencial político-filosófico do SUS é fortemente inspirado nas teorias sociais que sustentaram estado de bem-estar social, versão mais humana possível do capitalismo. Apesar da grande utopia realizável, o enfrentamento com a hegemonia do mercado sobre as conquistas sociais, ditadas pelo neoliberalismo econômico globalizado, traz sérios entraves à operacionalização do SUS enquanto política social equânime e universal, apesar de acreditarmos em movimentos de superação focalizados. A avaliação do SUS requer estudos mais complexos que as ambições desta pesquisa. Apesar disso, temos citado algumas referências importantes a esta questão no decorrer da pesquisa.

poder¹⁴⁹ em enfermeiros ocupantes de posições governamentais importantes no cenário da política de saúde do país, apontando muito mais *astúcia*, no sentido de querer manter um discurso hegemônico, que mesmo fragilidade política. Entende-se tal questão como controversa e cheia de significados subjetivos, necessitando de aprofundamentos interpretativos maiores, proposto para fase seguinte.

Sem pretender uma generalização grosseira, cientes dos riscos a que se está exposto por sugeri-la, poder-se-ia dizer que o contexto em que se insere a **amostra** desta pesquisa tem as seguintes **tendências panorâmicas** de cunho mais exemplares:

- Os enfermeiros da amostra apresentaram interesse e qualificações em programas de pós-graduações, fortalecendo prioritariamente o **conhecimento formal** em detrimento da face política que lhe integra;
- A produção científica do enfermeiro, quanto à temática, concentra-se prioritariamente em áreas mais técnicas do conhecimento, marcadas por instrumentalidades específicas do campo da saúde, em detrimento do enfoque político dos mesmos, capaz de fomentar a reflexão crítica de contextos. **Observa-se forte tendência à qualidade formal do conhecimento, em detrimento de sua dimensão política;**
- Os enfermeiros da amostra acreditam, prioritariamente, que temáticas eminentemente técnicas influem na capacitação, formação e autonomia do profissional, pouco destacando a necessária dimensão política do conhecimento como conquista importante à cidadania de sujeitos. Mais uma vez, **a qualidade formal do enfermeiro é priorizada em detrimento da qualidade política que lhe complementa;**
- Nas questões sobre os posicionamentos do enfermeiro frente ao contexto conflituoso de sua prática, observou-se que, apesar de alguns resultados

¹⁴⁹Recorra-se aqui ao conceito de ideologia utilizado por Thompson (2000).

numéricos indicarem qualidade política, as justificativas às perguntas não sustentaram tais indícios. No geral, com excelentes exceções, observou-se nas posturas **fragilidades na capacidade de análise de conjuntura**, além de **visões restritas sobre a inserção social e política da enfermagem no contexto sócio-histórico**.

- A maioria dos enfermeiros da amostra acredita que a autonomia faça parte de sua prática, apesar do fraco enfrentamento coletivo da categoria aos conflitos e contradições inerentes à profissão. A partir disto, elaborou-se alguns questionamentos passíveis de análise e reconstruções: **1- Não seria por demais arriscado tentar generalizar exemplos individuais de autonomia sem uma análise mais apurada em termos de conquistas coletivas e socialmente construídas ?; 2- É possível cuidarmos das pessoas com enfoque emancipatório quando a autonomia para enfermagem ainda é um desafio?**
- Os enfermeiros da amostra, no geral, apresentaram relativo entendimento técnico sobre o SUS, principalmente em relação à organização dos serviços de saúde. Demonstraram, porém, fragilidades na análise mais profunda sobre as desigualdades e exclusões sociais presentes na política de saúde brasileira, **poucas respostas argumentavam na perspectiva da historicidade de sujeitos, co-responsáveis por conquistas sociais**.

Diante destas tendências panorâmicas gerais, procurou-se selecionar dois grupos de enfermeiros distintos, um com aproximações, outro com afastamentos da qualidade política aqui defendida. No decorrer da análise qualitativa dos depoimentos, à luz da HP e análise de discursos, procurou-se cruzar as informações no percurso da construção teórica da qualidade formal e política dos enfermeiros.

As indicações gerais da amostra o quadro de referência de enfermeiros com qualidade formal e política subsidiaram a escolha dos 12 enfermeiros para as entrevistas, subdivididos em dois grupos: *A- Elementos mais aproximativos da qualidade política e B- Fragilidades típicas na qualidade política*. Em uma primeira avaliação superficial, até onde a 1ª fase da coleta permitiu dimensionar, pode-se dizer que, tendo por base os resultados quantitativos mais gerais e as categorias de análise deste estudo, cerca de 20 a 25% dos enfermeiros tinham indicações próximas às características de qualidade formal e política.

Atente-se ao caráter eternamente ambivalente das classificações, sempre sujeitas a revisões. Apesar deste exercício mais empírico e delineador da amostra, consideramos que todos os cem são passíveis de aprofundamentos quanto a qualidade política, já que as dicotomias 'com' e 'sem' reduzem as complexidades do *campo-sujeito-objeto* analisado. Trata-se, pois, de compreender a intensidade dos fenômenos e não sua pura extensão, sabendo-os contrários dialéticos.

Os critérios mais delineadores dos grupos de enfermeiros A e B, além dos aspectos subjetivos captados por ocasião da aplicação da entrevista, podem ser minimamente elencados como:

A – Enfermeiros com elementos aproximativos da qualidade política e formal: Visão crítica da realidade e da prática social, entendendo-as como processo histórico, portanto conquistável; Questionamentos fundamentados acerca dos conflitos e incongruências da profissão, fundamentando criticamente argumentos reflexivos da situação; Inclusão da dimensão política do conhecimento nas argumentações, relacionando-os, sempre que possível, com poder de influir significativamente no cotidiano; Entendimentos contextualizados de autonomia e poder, percebendo-os dialeticamente como correlações de força e disputa por espaços; Percepção do binômio saúde-doença de forma processual, ambivalente e dialética; Compreensão crítica do

'aprisionamento' do cuidado pela enfermagem ou sua "institucionalização"; Visualização do SUS como política social e análise de forma abrangente das exclusões sociais e desigualdades na área de saúde; Concepção de si próprio como sujeito histórico, co-responsável por conquistas e injustiças sociais; Reconhecimento das representações categóricas como espaços de conquistas da cidadania organizada; Capacidade de ousar e inovar sua prática fundamentada no conhecimento crítico inovador.

B- Enfermeiros com fragilidades exemplares na qualidade política:

Priorização da face formal do conhecimento em detrimento da dimensão política que a complementa; Visão pouco crítica da prática social e linearidade na interpretação dos conflitos inerentes à profissão; Fragilidade no entendimento do sujeito histórico, capaz de trilhar oportunidades e cidadanias; Índícios de entendimento da saúde sob o enfoque cartesiano, mecanicista, tecnicista, normativo-institucional, fragmentado; Desconhecimento das representações da categoria enquanto espaço de correlações de força e disputa por espaços; Re-edição, de forma pouco crítica, de códigos, valores e discursos da instituição¹⁵⁰ de saúde, contribuindo para relações de poder pouco democráticas; Dificuldades em realizar análise de conjuntura relacionadas à exclusão e desigualdades sociais no setor saúde (pouca percepção do SUS enquanto política social); Relação de autonomia como conquista individual atrelada a proficiência técnica; Tendência ao tecnicismo na prática profissional e certa acomodação na busca por qualificações; Visão restrita de cuidado à assistência, não percebendo a multiplicidade do cuidar na enfermagem e nas relações sociais como um todo.

Através do cruzamento da análise de depoimentos dos grupos A e B, espera-se chegar a um 'perfil' de enfermeiro com qualidade formal e política,

¹⁵⁰ Instituição enquanto fundamento das sociedades responsável, dentre outras coisas, por re-edição de formas simbólicas.

potencializando um agir comprometido com a emancipação de pessoas, já então política social.

3.2 - ANÁLISE QUALITATIVA DE DEPOIMENTOS

A análise qualitativa de depoimentos aos dois grupos de enfermeiros, **A- Com elementos aproximativos da qualidade política** e **B- Com fragilidades típicas na qualidade política**, procurou aprofundar questões referentes a autonomia, cuidado e análise contextual da inserção social do enfermeiro na política de saúde do Brasil. Pretendeu-se, à luz das categorias e quadro teórico desta pesquisa, fundamentar características de enfermeiros com qualidade formal e política, capaz de intervenção crítica, criativa, participativa e potencialmente emancipatória.

Um primeiro destaque para esta fase é seu caráter processual e impreciso, reclamante de crítica e discutibilidade reconstrutiva. Apesar da primeira fase da pesquisa, referenciada no rigor metodológico típica do conhecimento científico e igualmente importante à pesquisa qualitativa, procurar delinear minimamente as características dos grupos A e B, entenda-se tais classificação mais como aproximações de exemplaridades que como demarcações rígidas de tipologias.

Registre-se que o caráter ambivalente das interpretações, sempre sujeito a revisões, como princípio essencial da análise qualitativa de dados. A escolha dos enfermeiros com aproximações e fragilidades políticas, indicadas pelos resultados da primeira fase, foi se delineando com maior profundidade nas entrevistas, registrando-se alterações no decorrer do processo, posto o caráter intensivo da investigação em curso. Atente-se também que, apesar da distinção metodológica feita entre os grupos A e B, entendemos que ambos se imbricam e se complementam em alguns momentos. Ou seja, embora os sujeitos estejam 'classificados' em determinado grupo, não significa que não apresentem

determinadas características do outro (como de fato se verificou), mas que os traços mais marcantes tendem preferencialmente a um ou a outro.

Registre-se que, dos **seis** enfermeiros do grupo A, aproximativos da qualidade política, **um** se distanciou consideravelmente das características anteriormente elencadas, apresentando fragilidades políticas típicas. Por outro lado, **um** enfermeiro do **grupo B**, com fragilidade na qualidade política, embora tenha apresentado a maioria das características descritas, apresentou algumas tendências aproximadas do grupo A. Tudo isso aponta para o caráter provisório e temporal do conhecimento, sempre sujeito a novas análises e sínteses.

O momento da entrevista foi marcado pela mesma intencionalidade nas perguntas da primeira fase, dando-se ênfase na intensidade dos questionamentos. A intenção maior era captar além da fala, buscando no campo subjetivo da interpretação os sentidos mais reveladores do que se estava dizendo. Novamente aqui a argumentação, as justificativas, as entrelinhas, os recuos, silêncios e simbologias eram alvo de interpretação, à guisa da hermenêutica de profundidade e análise do discurso adaptadas ao *campo-sujeito-objeto* da enfermagem.

A análise dos depoimentos¹⁵¹ das entrevistas está estruturada em três momentos articulados e intercomplementares. Em um primeiro instante, procuramos delinear o **contexto sócio-histórico** mais exemplar dos grupos A e B, analisando-se semelhanças, distinções e significados de cada um. Posteriormente, trabalhamos o entendimento de **autonomia e o cuidado** na enfermagem, procurando dissecar sentidos, relações e interrelações presentes no discurso dos sujeitos. Uma terceira fase abordou a questão da saúde enquanto política social e a **compreensão da enfermagem enquanto ator social**, co-responsável por exclusões e cidadanias.

¹⁵¹ Depoimento aqui é visto como o que é verbalizado pelo sujeito, não correspondendo linearmente ao que ele realmente diz no espaço subjetivo da linguagem. Aproxima-se do entendimento de fala enquanto superficialidade do discurso. Ou seja, depoimento é fala verbalizada pelo sujeito que exterioriza minimamente os *sentidos* entre interlocutores.

A dinâmica com que se apresenta a investigação nesta 2ª fase tentou confrontar os depoimentos de um e outro grupos, observando-se posições, discursos, contradições e fundamentações à luz das categorias de análise qualidade política, cuidado e emancipação. A partir do cruzamento das interpretações dos grupos A e B chegamos a algumas sínteses possíveis da qualidade formal e política no *campo-sujeito-objeto* analisado. A seguir, explicitaremos a análise das entrevistas nas três fases que a compõem: *a- contexto sócio-histórico do entrevistado; b- autonomia e cuidado na enfermagem e c- inserção da enfermagem na política social de saúde.*

a- Contexto Sócio-Histórico do Entrevistado

A trajetória pessoal, política e profissional das pessoas influenciam sua maneira de ver o mundo, de lidar com os conflitos ou analisar situações, por exemplo. O que se é hoje representa traços do que se foi e perspectivas do que se venha a ser, onde os fatos e vivências anteriores influenciam nossa postura diante da realidade.

Tenha-se por referência a discussão teórica anterior sobre 'contexto-sócio-histórico', à luz das idéias de Thompson (2000) e sua hermenêutica de profundidade. Para tanto, procurou-se antes de mais nada conhecer um pouco mais a trajetória sócio-política do entrevistado, procurando analisar os depoimentos tendo por base seu contexto histórico.

A primeira pergunta da entrevista pedia para que a pessoa citasse três momentos de sua vida que a fizeram ampliar a visão de mundo enquanto profissional e cidadã. Importante aqui referenciar o próprio entendimento da pergunta como dado significativo. Enquanto os **5** enfermeiros do grupo A, com destacada qualidade política, rapidamente relacionavam sua atuação nas disputas de espaços e poderes como algo relevante para sua trajetória pessoal e profissional, os **7** outros, com fragilidades políticas exemplares, restringiam-se a citar momentos de atuação profissional significativa.

Das respostas analisadas, observou-se que todos **os 5 enfermeiros com fortalecimento da qualidade política** citaram como importante a **participação ativa** em: a- movimentos sociais organizados, como a reforma sanitária, estudantis, feministas, constituinte e impeachment do então presidente Collor; b- reivindicações grevistas; c- entidades de classe como sindicatos e associações (ABEN), incluindo o *Movimento Participação* pela renovação da principal entidade político-cultural da categoria, ABEN; d- militância em partidos políticos; e- Conselhos de Saúde/SUS e f- militâncias em OnG's, Organizações Não-Governamentais.

A participação é traço fundamental de qualidade política capaz de tornar historicamente relevante as conquistas sociais. Intervir criticamente no cotidiano, com criatividade e conhecimento inovador é participar de esferas de decisões nos diversos espaços-tempos sociais, partilhando relações de poder de forma mais justa. Entenda-se também o caráter plural e processual da participação, principalmente em tempos "fluidos"¹⁵² modernos, como significativa para a análise em curso. As formas de participar se diversificaram, perdendo em homogeneidade concreta e ganhando em heterogeneidade reconstrutiva, ambas constituintes dialéticos do mesmo ato participativo.

Apesar da qualidade política estar presente em outras formas de participar, não restritas a associações, partidos ou movimentos, considera-se relevante a participação organizada por influir mais objetivamente nas questões sociais, resignificando-as.

Na primeira fase da coleta perguntou-se aos enfermeiros sobre sua participação e, embora **89,8%** terem afirmado participar de associações, partidos ou movimentos sociais, somente **36%** assumiram participar de forma mais ativa. Apesar de isoladamente não significar fragilidade política, se associarmos este dado ao fato de que, nas entrevistas, os **cinco enfermeiros com destacada**

¹⁵² Expressão utilizada por Bauman para designar a provisoriidade na era pós-moderna.

qualidade política terem tido, em algum momento de sua trajetória, engajamento político mais organizado, pode vir a indicar a importância desta vivência ao aprimoramento da capacidade de intervenção crítica e autogestão de sujeitos.

Outros aspectos citados como significativos na trajetória sócio-política dos enfermeiros do **grupo A** foram: a- vivências de aprendizagem fora do espaço formal, como atividades extra-curriculares, monitorias, estágios e participação em movimentos estudantis, OnG's e ABEN; b- pós-graduações em outras áreas do conhecimento, como ciências políticas e humanas e c-vivências pessoais igualmente significativas, como desemprego e maternidade, filhos e casamento, ou mudança de cidade com reinício de vida.

As respostas do grupo B, com fragilidades políticas típicas, redundaram em torno de: a- aprendizagens dentro do espaço formal de educação - curso de graduação; b- Pós-graduações dentro da área de saúde; c- experiências profissionais ligadas a cargos e funções assumidos, principalmente na esfera hospitalar e d- vivências pessoais, como mudança de cidade e de vida, casamento e filhos, descoberta de religiões e viagens.

Observe-se as diferenças marcantes entre as trajetórias de vida entre os enfermeiros com aproximações e distanciamentos da qualidade política. Enquanto um, eminentemente o grupo A, busca amplas vivências fora do espaço formal de aprendizagem e participa ativamente de movimentos de cidadania organizada, o outro, com fragilidade políticas típicas, limita-se a estruturas formais de educação e trabalho, pouco percebendo as amplas possibilidades de sua prática social, enquanto cidadão e profissional.

O aspecto de experiências mais pessoais, citado em ambos os grupos e igualmente importante para os aprendizados de vida e cidadania, diferenciam-se na forma como são tratados por um e outro. Os enfermeiros com **exemplaridades** de qualidade política refletiam criticamente sobre tais vivências

peçoais e profissionais, associando-a à ampliação de sua visão de mundo. Já os enfermeiros do grupo B demonstraram dificuldade em fazer tal análise, restringindo-se a responder a questão.

O contexto sócio-histórico experimentado pelo enfermeiro, principalmente relacionados a vivências em movimentos de cidadania organizados e aprendizagens fora do espaço formal de educação, influenciam marcadamente a qualidade das intervenções críticas e criativa dos sujeitos sociais, capazes de reordenar desigualdades, democratizando-as.

B- Cuidado e Autonomia na Enfermagem

Este momento da entrevista procura aprofundar os questionamentos sobre cuidado e autonomia surgidos dos resultados da primeira fase, na intenção de fundamentar as sínteses deste estudo. Assim, perguntou-se aos enfermeiros sobre a possibilidade de estarmos sustentando espaços de autonomia, conforme afirmado pela maioria dos enfermeiros na primeira fase da coleta **(68%)**, se **não** temos enfrentado as contradições¹⁵³ presentes na prática profissional de maneira crítica e organizada **(60%)**.

A idéia era aprofundar a seguinte questão advinda dos resultados panorâmicos da amostra: *Se é fato que existem exemplos de posições autônomas conquistadas por enfermeiros no vasto campo de incongruências chamado prática social, não seria por demais arriscado tentar generalizar exemplos individuais sem uma análise mais apurada em termos de conquistas coletivas e socialmente construídas?*

Atente-se ao caráter ambíguo das respostas presente, principalmente, nos enfermeiros com aproximações de qualidade política, o que demonstra intensa

¹⁵³ Dentre as contradições presentes na prática social do enfermeiro, cite-se, por exemplo, a divisão social e técnica do trabalho, o confronto de poderes dentro da equipe de saúde de enfermagem com a instituição e com o usuário, questões de gênero influenciando a inserção

volatilidade dos discursos, impossíveis de classificações mais rígidas. Assim, apesar dos cinco enfermeiros, de modo geral, terem correspondido as características de qualidade política elencadas por esta tese, tal fato não ocorre de forma homogênea ou em bloco, já que a investigação também percorre a subjetividade dos sujeitos, desconstruindo delimitações mais inflexíveis.

Importante dizer também que quem tem qualidade política constrói e desfaz argumentos, refaz posições e discurso, prima mais pela reconstrução da aprendizagem que pela linearidade de interpretação. Portanto, o fato dos enfermeiros do grupo A, pretensamente classificados como próximos da qualidade política por este estudo, debaterem-se mais significativamente contra delimitações restritivas da dinâmica dialética constitui aspecto de qualidade política essencial, capaz de resignificar qualquer inferência de cunho mais obtuso.

O entendimento contextualizado de autonomia e poder, percebendo-os dialeticamente como correlações de força e disputas por espaços mais coletivizados e inclusivos, foi visualizado de forma mais clara por quatro enfermeiros do grupo A, porém com algumas diferenciações entre eles. Assim, duas enfermeiras, consideradas referências para este estudo em termos de fundamentação teórica e argumentativa¹⁵⁴, posicionaram-se relativizando estes espaços individuais de autonomia ocupados por alguns enfermeiros, contemporizando o fato e visualizando-os como exemplos focais e pouco capazes de fazer eco no coletivo da categoria.

De comum entre os dois depoimentos, além da apurada análise contextual da possibilidade de autonomia na profissão, a fragilidade da enfermagem em conquistar espaços através de reflexão própria, capaz de

diferenciada do enfermeiro no espaço profissional, tradicionalismos, militarismo e rígida disciplina presente na ideologia conservadora da profissão.

¹⁵⁴ Registre-se aqui a vasta contribuição das duas colegas, onde a força da argumentação teórica, aliada à rica convivência com o caráter discutível e reconstrutivo da ciência constituíram relevância fundamental para este estudo. Consideramos de amplo aprendizado as entrevistas realizadas com as duas, principalmente por terem nos feito rever posições e ter mais cuidado com possíveis generalizações, sem a devida fundamentação discursiva.

desconstruir assimetrias de poder de forma mais inclusiva e coletiva. Assim, enquanto um depoimento utilizou o termo “discurso”, no sentido de que a enfermagem assume discursos hegemônicos dominantes, o outro falou em “necessidade de projeto político próprio para a profissão”, ambos para argumentar que os espaços individualmente conquistados por enfermeiros, apesar de contribuírem para o crescimento da profissão em determinados cotidianos, somente se traduzirá em efetiva mudança para a profissão se respaldados pelo exercício da crítica, da reflexão e da intervenção própria, o que chamamos de **qualidade política**.

Os outros dois depoimentos do grupo A, igualmente críticos por refletirem de forma contextual a autonomia na enfermagem, visualizando-lhes as disputas por poderes e a importância da visão de mundo do profissional para realmente influir mais significativamente no cotidiano histórico, tenderam a associar a autonomia ao espaço em que o profissional está inserido. Destaque-se ainda que um dos depoimentos, embora com importantes visões do coletivo em toda a fala, procurou visualizar de forma positiva a autonomia do enfermeiro em relação a tempos passados, porém sem maior consistência teórica, conceitual ou argumentativa.

Questione-se aqui a vinculação que ambos os depoimentos fazem da autonomia profissional do enfermeiro ao espaço institucionalizado da prática, onde o profissional teria mais autonomia na saúde coletiva, por exemplo, que no hospital. Embora concorde com alguns aspectos mais gerais, pensamos ser arriscado afirmar que o meio (contexto) determina o indivíduo (sujeito). Tal discurso a dialética já fez e refez, encontrando outras sínteses menos lineares¹⁵⁵.

¹⁵⁵ “Não só os homens são produtos de circunstâncias, como estas são igualmente produtos seus. Reivindica-se assim o condicionamento do meio pelo homem, e com isso seu papel ativo em relação ao meio. As circunstâncias condicionam, mas na medida em que não existem circunstâncias em si, a margem do homem, elas se encontram, por sua vez, condicionadas” Vasquez, S. A. **Filosofia da Práxis**. Trad. de Luis Fernando Cardoso. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

Válido dizer que o espaço hospitalar restringe mais a atuação do enfermeiro do que, por exemplo, a saúde coletiva, onde há espaço para uma abordagem mais criativa fora da unidade de saúde. Vê-se também que a inserção da enfermagem na saúde coletiva foi mais ampliada que no hospital, já que a própria profissionalização da categoria foi desencadeada pelo surgimento da saúde pública e necessidade da enfermagem para sua operacionalização. No espaço docente a relação é outra, envolve outros contextos específicos da educação, principalmente quanto a relação autoritária professor-aluno, na qual o poder do professor foi historicamente construído.

Acredita-se que a relação entre autonomia e inserção da prática do enfermeiro em espaços institucionais distintos, sejam eles abertos ou fechados, rígidos ou flexíveis, é bem mais complexa e ambivalente, dificultando generalizações superficiais. Dizer que o espaço institucional determina a atuação do profissional é, no mínimo, restrito. ***A qualidade crítica e criativa das intervenções de sujeitos em cenários específicos, amparada pela ação participativa e pelo conhecimento inovador, influencia muito mais as conquistas do que o contexto em si, embora dele dependa para refazer-se.*** Se o profissional tiver fragilidades políticas típicas, mesmo inserido em condições mais favoráveis a mudanças, tenderá mais a 'gerenciar' bem a decisão de outros que gerir conquistas e posições, fruto de projetos políticos próprios.

O quinto depoimento do grupo A é curioso. A enfermeira tende a associar a autonomia com competência técnica individual, exemplificando conquistas da enfermagem a fazeres cotidianos e restritos, vinculados, no mais das vezes, ao hospital. Apesar disso, apresenta acurada visão crítica sobre a inserção social da enfermagem nas políticas de saúde, destacando a característica do enfermeiro de 'grande articulador' na política social, capaz de desencadear processos de mudança. Talvez sua intensa participação em entidades de enfermagem influenciem seu discurso, priorizando a 'militância' pela profissão sobre crítica reflexiva da prática, igualmente importante para a conquista de

espaços e cidadanias. De qualquer forma, considere-se relevante as afirmações apresentadas, apesar de visualizar limitações em argumentos capazes de sustentá-las coletivamente.

O grupo B, com fragilidades políticas exemplares, pareceu mais homogêneo nas respostas, o que por si parece fato relevante. Afinal, a crítica se constrói sobre dissensos e se refaz continuamente nas provisórias sínteses, reclamando temporalidade. Consensos pouco flexíveis tendem a autoritarismos e normatizações por excluir o convívio democrático com o diferente, o impreciso, o desigual, o que não se define ou classifica. Precisamos de ambigüidades na qualidade se a supomos intensa e reconstrutiva, já então dialética.

As respostas dos **sete** enfermeiros, **seis** do grupo B e **um** do grupo A, com poucas variações, redundaram em achar que a autonomia: a- Associa-se preponderantemente ao conhecimento técnico e depende de postura individual do enfermeiro, pouco relacionando-a a questões mais conjunturais como a historicidade do enfermeiro; b- ***é entendida como mais espaço para o enfermeiro, dentro da lógica ou estrutura institucional dominante, sem minimamente questionar a forma autoritária, excessivamente técnica, biológica, centrada na doença e fragmentada de assistência à saúde vigente;*** c- é mais vista como concessão que como conquista, muito menos coletiva.

Destaque-se o fato de o enfermeiro querer conquistar sua autonomia individual, sem minimamente questionar as desigualdades sociais re-editadas por sua prática institucionalizada, como **fragilidade política típica**. É frágil porque não desconstrói assimetrias de poder de forma mais abrangente e inclusiva, contribuindo mais para manter processos de dominação excludentes. Igualmente volátil porque, se não vier sustentado por um movimento maior da categoria, tal autonomia não se sustenta politicamente, tendendo a ficar refém de decisões alheias. Também pobre porque, ao não perceber criticamente as desigualdades

sociais do contexto em que se insere e ainda se orgulhar da posição conquistada, demonstra ingenuidade de não se perceber manipulado, portanto também oprimido. Os três depoimentos a seguir, um do grupo B, dois do grupo A, exemplificam o que se vem defendendo e distinguindo, atente-se, sobretudo, para as marcantes diferenças de posições:

"Autonomia pra mim é, tipo assim, eu, hoje eu quero mudar ali e chego pro doutor X e falo: 'Ó doutor X, eu tô querendo fazer isso na clínica, o que que o senhor acha?' "Não, acho ótimo, se vai melhorar o atendimento do paciente, vai facilitar pra equipe, pra todas as equipes eu acho ótimo". Então você tem toda autonomia, pode fazer, o que você achar que vai melhorar pra todas as partes pode fazer, você tem livre autonomia, você tá livre pra fazer o que você quiser" **Trecho de entrevista, grupo B.**

"Eu acho que tem hoje um consenso na enfermagem sobre a importância de ocupar espaços. E hoje nós vemos muito a ocupação dos espaços institucionais como conquista, tá certo. Agora, a gente não tem a clareza que um espaço institucional conquistado ele tem que ter uma relação com os movimentos que estão fora do espaço institucional. Se tiver respaldo de movimentos sociais, então você vai ter uma presença mais qualitativa desse espaço institucional. O enfermeiro não tem essa compreensão, certo? Ele não tem essa visão de ocupar espaços institucionais como uma forte organização civil que ele pertence, que ele está inserido. O enfermeiro não tem uma visão importante da organização civil." **Trecho de entrevista, grupo A**

"(...)Ás vezes a gente vê muito enfermeiro incomodado mas ele também não quer construir um modelo de poder pros outros não. Ele quer construir pra ele só. Então ele não quer mudar o modelo, ele quer o modelo centralizado sobre ele... quer o poder para o enfermeiro, mas eu digo assim, eu quero o poder para as pessoas. E aí ele também podia pensar o poder do auxiliar, a capacidade do auxiliar de decidir, ele não quer pensar isso, eu sou enfermeiro, eu tenho nível superior. Eu decido por ele. Então, a única coisa que tá te incomodando é o médico mandar em você, não é o modelo que tá incomodando." **Trecho de entrevista, grupo A**

A autonomia é processo de conquista que envolve capacidade organizativa e conhecimento como instrumento de poder. O poder de decidir, influir e redirecionar práticas e contextos pode significar movimento emancipatório, capaz de romper com estados de sujeição a que estamos submetidos. Autonomia e emancipação fazem parte do mesmo processo de liberdade relativo e incompleto,

envolvendo conhecimento crítico inovador, participação ampla e alargamento de oportunidades aos envolvidos. Não se restringe ao campo institucional, embora dela também dependa.

A qualidade formal, centrada na proficiência técnica, pode garantir algum espaço de autonomia individual e restrito ao enfermeiro, legitimante da lógica institucionalizada, centrada na patologia, fragmentada, dominante e excludente de atuar em saúde. É a ***face política da qualidade, porém, que questiona e desconstrói sistematicamente as assimetrias de poder, tornando-as mais democráticas e inclusivas, alargando coletivamente as chances e oportunidades.***

Uma outra questão enfocada nas entrevistas dizia respeito ao cuidado. Inquiriu-se se seria possível cuidarmos das pessoas de modo a torná-las independentes do cuidar quando a autonomia, para nós, enfermeiros, era e ainda é um desafio. O intento era buscar nos depoimentos as concepções de cuidado na enfermagem, analisando-os segundo categoria defendida nesta investigação.

Os depoimentos dos cinco enfermeiros mais próximos da qualidade política, longe de constituírem homogeneidade e com ambivalências típicas de reconstruções questionadoras, fizeram uma boa análise do cuidado na enfermagem, percebendo seu 'aprisionamento' em normas e rotinas, como também a verticalidade, ideologia e autoritarismo na relação de cuidado estabelecida. Igualmente explicitaram o caráter ambíguo e complexo do cuidar, envolvendo interesses e valores diversos na interação propiciada pela ajuda.

Algumas análises elaboradas pelo grupo A são consideradas questões centrais para esta investigação sobre a qualidade política dos enfermeiros. A necessidade de maiores aprofundamentos epistemológicos sobre as concepções do cuidado, geralmente assumido mecanicamente pela enfermagem, ou, parafraseando trecho de depoimentos da colega com perfil mais próximo da qualidade que se vem buscando, como uma "*brutalidade institucionalizada, para*

não dizer que é uma violência institucional que desrespeita a autonomia do indivíduo".

O cuidado de cunho mais emancipatório, enquanto ajuda solidária e ambígua em prol do outro, que se reconstrói na dispensa da ajuda, clama por abordagens ecológicas e epistemológicas. Cuidar significa resignificar vínculos interativos de ajuda, considerando os contrários dialéticos e priorizando a preservação do todo complexo e dinâmico.

O Cuidado emancipatório é aprendizado reconstrutivo que se refaz na autonomia de quem se cuida, não para deixar de cuidar, mas para cuidar de forma mais elaborada e complexa. A visão ecológica e epistemológica do cuidado é elaborada e re-elaborada continuamente, buscando superações de si mesma. Exige conhecimento científico com marcas de qualidade formal e política, possibilitando mudanças, clamando rupturas de processos de dominação excludentes.

Os depoimentos dos enfermeiros do grupo B em relação ao cuidado tenderam preponderantemente ao enfoque biológico, individual, autoritário e restrito à assistência ao 'paciente'. Apresentaram, ainda, traços típicos do cuidado institucionalizado em normas e procedimentos, pouco fomentadores da autonomia individual de decidir sobre seu corpo e saúde. Termos expressões impositivas, como *'transmitir', 'mostrar para o paciente', 'fazer com que ele entenda' e 'enfermeiro tem que mostrar o que é bom para o paciente'* permearam a maioria dos discursos dos sete enfermeiros com fragilidades políticas típicas.

A enfermagem parece incorporar acriticamente o pensamento dominante da medicina de que detém o poder sobre a vida e a morte do 'paciente', sendo este mais objeto que sujeito de seu processo de cura. Nessa lógica autoritária de atuar em saúde, desconsidera-se toda a história de vida da

pessoa cuidada, como se esta fosse refém de estruturas de poderes muito bem articuladas, como defende Foucault¹⁵⁶.

Observa-se com frequência situações onde os profissionais de saúde não sabem lidar muito bem com a pessoa mais bem informada e que questiona as condutas adotadas pelos mesmos. Aliás, a pessoa que insurge contra as 'normas e rotinas' hospitalares é logo rotulado pejorativamente de "chato", "difícil", "poliqueixoso" e "reclamão", já que o diferente tende a ser excluído, sendo difícil conviver com as dessemelhanças. Como diria uma colega entrevistada, muitos profissionais têm dificuldade em trabalhar na lógica da promoção à saúde, preferindo tratar das pessoas que '*estejam deitadas*'.

Outro traço marcante dos depoimentos, mais acentuado no grupo B, porém igualmente presente no grupo A (embora com abordagens mais críticas), é a tendência do enfermeiro em associar, sem maiores reflexões, o cuidar emancipatório com o autocuidado. A teoria de enfermagem americana do autocuidado surgiu pela primeira vez em 1959, sendo seguidamente aprimorada por sua autora, Dorothea E. Orem, em 1980, 1985 e 1991¹⁵⁷. Por constituir uma teoria importante nos currículos da profissão, por sua presença marcante nos discursos e prática institucionalizada da enfermagem e por apresentar um forte reducionismo ao cuidado emancipatório aqui defendido, esboça-se a seguir uma crítica mais atenta a esta teoria.

- Teoria do Autocuidado e Cuidado Emancipatório: Dessemelhanças

A idéia central do autocuidado, defendida por Orem, é que quando as pessoas se tornam 'incapazes' de cuidarem de si, a enfermagem aparece e 'providencia assistência necessária'¹⁵⁸. A teoria geral do autocuidado apresenta-se

¹⁵⁶ Sobre esta discussão, ver produção crítica na área de enfermagem citada anteriormente e Foucault, M., **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

¹⁵⁷ Georges, J. B. et al, **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

¹⁵⁸ Ibid

articulada a três outras : 1- *autocuidado*, definida através de cuidados individuais necessários a "(...) manter a integridade estrutural e o funcionamento humano(...)" (George,2000:84); 2- *Déficit de Autocuidado*, considerada central para a teoria de enfermagem de Oren, determinando a presença da enfermagem quando o indivíduo adulto "(...) é incapaz ou tem limitação na provisão de autocuidado efetivo continuado" (George,2000:85) e 3- *Sistemas de Enfermagem*, conjunto de ações que a enfermagem desenvolve para suprir o deficit de autocuidado das pessoas. São classificados em *totalmente compensatório*, *parcialmente compensatório* e *sistema de apoio-educação*.

A necessidade de cuidado estritamente químico, físico e biológico vai se conformando através da teoria do autocuidado, que chega a definir 'requisitos de desvios de autocuidado' e fatores condicionantes. A aplicação da teoria é sistematizada através de planos cartesianos de decomposição do indivíduo para se aferir seus 'deficits de autocuidado' , planejando ações de reparo. No decorrer do texto, George (2000:87) cita trecho de Oren sobre a enfermagem e autocuidado que tem se inserido hegemonicamente no discurso da profissão, estando, inclusive, presente na maioria dos 100 enfermeiros abordados por este estudo. Veja-se :

"A ação de enfermagem é uma propriedade complexa ou um atributo de pessoas educadas e treinadas, como as enfermeiras, que permite que elas ajam, conheçam e ajudem outros a preencherem suas demandas terapêuticas de autocuidado, exercitando ou desenvolvendo sua própria ação de autocuidado (Oren, 1991)"

A teoria do autocuidado apresenta sérios equívocos, apesar de inaugurar uma discussão importante na enfermagem em relação a pessoa como sujeito de seu processo de saúde. Tal engano se caracteriza, principalmente, pelo caráter extremamente técnico, racional, normativo, autoritário, biológico, individualista, fragmentado e mercadológico, centrado na autoridade da ciência marcadamente moderna.

A título de incursão introdutória, critiquem-se quatro diferenças centrais entre o autocuidado teorizado por Oren e o cuidar emancipatório aqui comungado. A teoria do autocuidado deixa claro : 1- a dicotomia entre o *adulto incapaz e a enfermeira capaz* ; 2- o enfoque no indivíduo doente, restrito ao plano biológico; 3- o cuidado aprisionado em normas, planos, medidas e 4- tendência a dispensar a enfermagem quando as *demandas e ofertas* de cuidado no indivíduo estiverem satisfatórias.

Centrada na incapacidade do sujeito de traçar sua própria trajetória em situações de fragilidade biológica, à luz do modelo biomédico hegemônico, a pretensa autoridade de conhecimentos científicos utilizados pela enfermagem de legislar sobre a saúde do 'paciente' vem sendo sistematicamente questionado em tempos pós-modernos. Diferente disto, o cuidado emancipatório só tem sentido quando elaborado a partir das pessoas envolvidas no ato de cuidar, relação dialética intrínseca.

Cuidar, por princípio, é atitude de interação onde os envolvidos na relação cuidam e são cuidados ao mesmo tempo. A enfermagem que cuida, também é cuidada, precisando de tal vínculo para se renovar, reconstruindo-se na autonomia de ambos. A idéia de que "(...) *a ação de enfermagem é exercitada para o bem-estar dos outros e a ação de autocuidado é desenvolvida e exercitada em benefício próprio*" (George, 2000:87) beira a ideologia, servindo para manter estruturas assimétricas de poder.

Outra dessemelhança fundamental entre o autocuidado e o cuidado emancipatório está no enfoque e na abordagem. Enquanto o autocuidado tende a centrar-se na pessoa biologicamente doente, o cuidado emancipatório entende doença e saúde como processos dialéticos e integradores do todo dinâmico, passíveis de superações infundáveis. Neste sentido, se o autocuidado diminui ou acaba com a ausência dos sinais e sintomas no indivíduo, o outro cuidar se refaz permanentemente para cuidar melhor de si, dos outros e do todo .

A atitude de cuidado existe em todas as interrelações da natureza, sendo bem mais plural e dinâmica que a capacidade de compreensão humana. Por ser complexo, o cuidar clama por sínteses sempre provisórias, na perspectiva de superar-se por inteiro. Cuidar é unidade de contrários peculiar onde os cuidadores e os cuidados se opõem e se compõem. O conhecimento inovador, frivolumente inquieto, necessita de cuidados para conhecer tanto quanto precisa conhecer intensamente o cuidado.

Tal cuidado, ecológico e epistemológico, emancipa mais pela provisoriade das certezas, sempre superáveis, que pela racionalidade lógica e instrumental da ciência moderna. Neste sentido, o cuidado aprisionado em normas, rotinas, planos e procedimentos reduz-se a ato mecanizado e pouco interativo. ***Restringe-se a poética, ambígua e dinâmica amplitude do cuidar, capaz de tornar mais justa e solidária as relações entre os seres humanos, a planos autoritários e mensuráveis de autocuidado.***

Por último, a teoria do autocuidado define a necessidade da enfermagem pela relação eminentemente mercadológica entre *suprimento e deficit*. Assim, se o indivíduo é capaz de se 'autocuidar', pela avaliação racional, normativa e objetiva da enfermagem, ele necessitará de menos cuidado. Este raciocínio, além de desconsiderar todo o contexto sócio-histórico e ambivalente em que se insere a relação de cuidado, corre o risco de parecer auto-ajuda individualista e excludente, no sentido neoliberal de pregar liberdade individual privada para resolução de problemas sociais mais coletivos e públicos¹⁵⁹.

¹⁵⁹ Referencie-se na discussão feita na 1ª parte deste estudo, contexto teórico.

**** Teoria do Autocuidado na graduação de enfermagem : formação ou deformação ?***

As teorias de enfermagem fazem parte do currículo de graduação da enfermagem e são consideradas capítulo importante para a formação do enfermeiro. A inegável contribuição do conhecimento acumulado na profissão, fomentadoras de tecnologias próprias para cuidar de pessoas, fazem parte do legado da evolução histórica da enfermagem enquanto prática social.

Dentre as teorias de enfermagem estudadas na formação, a do autocuidado constitui-se uma das principais, tendo conquistado lugar de destaque no discurso assumido pela profissão. A idéia de fazer com que o próprio paciente se cuide, dispensando gradualmente a ação da enfermagem, tem historicamente empolgado as discussões acadêmicas.

Embora o fulcro central da teoria do autocuidado seja interessante, considerando que a dispensa da ajuda elenca **um** (e apenas um) dos elementos dialéticos da perspectiva autônoma do cuidar, o manejo dado a esta tese por Oren está longe de esboçar processos de mudança mais significativos no cuidar da profissão. O autocuidado questiona muito pouco a lógica de atuar em saúde, reforçando a abordagem individual à coletiva, a lógica da doença sobre a saúde, e a intervenção verticalizada sobre o corpo do outro, ao invés de relações mais participativas e democráticas da pessoa em seu processo saúde-doença.

As teorias existem não para serem aceitas impunemente, mas para serem questionadas reconstrutivamente. Apesar do avanço da teoria do autocuidado em um tempo-espaço específico, onde 'educar para o autocuidado' aparecia com amplas possibilidades de mudanças, é preciso contemporizar as teses para que se aprimorem, rumo ao exercício proposto pela dialética.

A formação da enfermagem, assim como a própria educação, esperneia por crítica para renovar-se e superar-se em novas e provisórias sínteses. Para

criticar, aprendemos, sendo o próprio exercício da crítica aprendizado intenso. Formar pessoas, pressupõe qualidade formal e política como faces complementares do conhecimento inovador, possibilitando a construção de sujeitos com capacidade de gerir destinos, não apenas gerenciá-los¹⁶⁰.

A primazia de um ou outro aspecto da qualidade do conhecimento, seja ele formal ou político, tende a deformar a tecitura dialética da mudança e da emancipação por restringir suas possibilidades de intervenção. É na unidade entre lógica e ética, entre reduções e ampliações, entre dimensões formais e políticas, que o conhecimento se renova, potencializando intervenções dinamizadoras de contextos.

Na unidade entre formação e deformação, entre construção e desconstrução, reside a busca incessante por transcendências de contextos. É no questionamento reconstrutivo de conhecimentos já produzidos que se forma a crítica, fazendo-se e refazendo-se a um só tempo. Autocuidado, como as demais teorias na enfermagem, precisam ser reelaboradas continuamente como forma de manter a chama da inovação acesa, imprecisa e iluminada. A aceitação incondicional da ciência, como se fosse dogma, há muito vem sendo questionada¹⁶¹. A ciência na 'fluidez' moderna é provisória e imprecisa, valendo enquanto durar sua discutibilidade.

¹⁶⁰ Uma das grande diferenças entre gestão e gerência diz respeito a participação no processo decisório de ambos, entendidos dialeticamente. Embora se decida relativamente ao gerenciar, tal fato ocorre atrelado ao processo primeiro de gerir a decisão, sendo este poder, quase sempre, superior ao outro. Discussão importante sobre o processo de co-gestão de sujeitos pode ser visto em Gastão, W.S.C, "**Um método para análise e co-gestão de coletivos**", Hucitec, São Paulo, 2000. Para este autor, sujeito é entendido como "(...) *uma síntese singular resultante do entrechoque entre determinantes e condicionantes particulares e universais e a capacidade do próprio sujeito de alterá-los, mediante processos de análise e intervenção sobre estes fatores*" (Gastão, 2000:235)

¹⁶¹ Ver bibliografia metodológica citada neste capítulo, sobretudo as obras de Demo(2000), Minayo (1992) e Capra (1982).

**** Autocuidado na prática profissional : institucionalizando o cuidar**

A maneira acrítica com que são tratadas as teorias de enfermagem na graduação, embora não só dela dependa a formação do enfermeiro, visto que o contexto sócio-histórico diferencia as formas políticas de atuar, tem influências na prática profissional, sobretudo no campo ideológico.

Entenda-se prática aqui como *praxis*, na perspectiva de atividade crítico-reflexiva¹⁶², transformadora de contextos sócio-históricos, incluindo a dimensão subjetiva presente nas formas simbólicas da relação entre sujeitos. A unidade teoria e prática, expressa na *praxis* humana, inclui a ambivalência como ingrediente propiciador de mudanças, sendo este sempre renovável.

O sentido mobilizado pelas concepções de autocuidado, quando assumidas sem maiores reflexões, tende a reeditar formas autoritárias de assistir em saúde. Nos depoimentos analisados sobre cuidado, tentando-se descortinar minimamente os discursos dos enfermeiros, observou-se nítida presença da ideologia do autocuidado influenciando a prática da enfermagem. A pouca participação das pessoas na decisão sobre sua saúde, as formas verticalizadas de impor procedimentos, condutas, tratamentos e rotinas ao paciente dentro de instituições de saúde¹⁶³, bem como o discurso da hegemonia médica assumida acriticamente pela enfermagem, contribuem para ratificar o que se vem argumentando.

O cuidado da enfermagem restrito a normas, rotinas e procedimentos institucionalizados, apesar de também necessários em determinados momentos, perde em capacidade processual de ajuda dialética, construtora de cidadanias. Para emancipar com voz própria, o cuidado na enfermagem precisa se refazer nas práticas estabelecidas, nas ideologias arraigadas, nos discursos reeditados, nos

¹⁶² Sobre praxis ver: Vasquez, S. A. **Filosofia da Praxis**. Trad. de Luis Fernando Cardoso. 4.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1977

¹⁶³ Ver capítulo sobre institucionalização do cuidado na enfermagem na 1ª parte deste estudo.

ditos e ritos da profissão, através de conhecimentos reconstrutivos, amparados pela qualidade formal e política.

***** Autocuidado e Cuidado emancipatório : da teoria técnico-científica ao conhecimento reconstrutivo**

Uma última consideração a respeito da teoria do autocuidado diz respeito à forma como se concebe o conhecimento científico. Na obra de George (2000:97-98) sobre as teorias de enfermagem, a autora adota algumas '*características de teoria*' como critério de validação científica. Por conter fortes elementos da ciência racional moderna, tão amplamente questionada atualmente, e por restringir a visão epistemológica do cuidado emancipatório, aventuramos a seguir algumas diferenciações entre teoria técnico-científica e conhecimento inovador.

O intento aqui, não é o de enquadrar a ciência, já tão classificada em métodos. Pretende-se, à luz de toda fundamentação teórica percorrida até o momento, resumir minimamente a discussão realizada, tentando dar maior visibilidade didática a este trabalho. Assim, considere-se pertinente a passagem do autocuidado enquanto teoria 'técnico-científica', eminentemente cartesiana, ao cuidado enquanto conhecimento que se refaz para criar e criticar-se. Visualizando melhor :

TEORIA TÉCNICO-CIENTÍFICA ¹⁶⁴	CONHECIMENTO RECONSTRUTIVO
<i>As teorias podem inter-relacionar conceitos de tal forma que criem uma nova maneira de ver determinado fenômeno</i>	<i>A relação entre pesquisador, contexto e objeto se interrelacionam dialeticamente no mesmo 'fenômeno' analisado. O conhecimento apreendido pela ciência é aproximativo da realidade, sendo esta sempre mais complexa</i>
<i>As teorias devem ser de natureza lógica</i>	<i>O conhecimento que se reconstrói tem natureza dialética, embora considere a lógica</i>

¹⁶⁴ Os trechos transcritos de Georges, (2000: 97-98)

<i>As teorias devem ser relativamente simples e ainda generalizáveis</i>	<i>O conhecimento se reconstrói permanentemente para se aproximar da complexidade. Intenso, prima pela exemplaridade provisória</i>
<i>As teorias são as bases para as hipóteses serem testadas ou para outra teoria ser expandida</i>	<i>O conhecimento se refaz permanentemente na discutibilidade de hipóteses, análises e sínteses.</i>
<i>As teorias contribuem para o aumento do corpo de conhecimentos gerais da disciplina através da pesquisa implementada para validá-las</i>	<i>O conhecimento não se restringe a disciplinas, procura integrá-las dialéticamente no todo dinâmico e ambíguo.</i>
<i>As teorias podem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar sua prática</i>	<i>O conhecimento reconstrutivo faz parte do aprendizado e formação dos profissionais, que teorizam continuamente suas práticas</i>
<i>As teorias devem ser consistente com outras teorias validadas, leis e princípios, mas devem deixar abertas as questões não-repondidas, que devem ser investigadas</i>	<i>Sempre haverá questões não apreendidas pelo conhecimento reconstrutivo</i>

c-Inserção da Enfermagem na Política Social de Saúde

Uma das últimas questões aplicadas aos enfermeiros nas entrevistas refere-se a sua inserção na política social de saúde. Neste momento da entrevista, considerado importante pelo fato de mais objetivamente articular as três categorias trabalhadas durante a coleta, qualidade política, cuidado e emancipação, no campo da política social, apresentou-se novamente resultados dos questionários aplicados, solicitando análises pelos enfermeiros.

Informava-se aos entrevistados que, na 1^o fase da coleta, **62%** dos enfermeiros afirmavam fazerem parte do processo de reprodução das desigualdades de acesso no setor saúde. Porém, ao justificarem, a maioria atrelou parcela de responsabilidade maior ao governo, constituindo fragilidade política típica de não se perceber enquanto sujeito social, co-participante de processos sócio-históricos.

Procurou-se articular o contexto sócio-histórico com as concepções de autonomia e cuidado do entrevistado, na tentativa de visualizar como isto interfere na percepção dele em relação à inserção do enfermeiro na política social. O cotidiano e a historicidade do enfermeiro, atrelados a compressões de autonomia e cuidado, influenciam a percepção de sujeitos enquanto atores críticos e criativos, com **qualidade formal e política**, autores e co-autores de projetos próprios de desenvolvimento.

Este estudo discute a tese de que a **qualidade formal e política são importantes para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, potencializando um agir (ou cuidado) comprometido com a emancipação**. Acredita-se que o enfermeiro, grande articulador potencial de políticas por se inserir em diversos espaços onde acontece a prática do cuidar, mobilizando e formando pessoas da equipe de saúde, pode ser elemento importante às políticas sociais emancipatórias, se respaldado pela qualidade formal e política.

Na análise dos depoimentos com aproximações de qualidade política, com ambivalências próprias dos agentes reflexivos, observa-se posicionamentos contextualizados e bem articulados das exclusões e desigualdades sociais em saúde. A percepção de sujeito histórico, co-reponsável por conquistas e injustiças sociais, dominou a maioria dos depoimentos destes enfermeiros.

Os cinco enfermeiros do grupo A apresentaram, de forma distinta, forte indicações de qualidade formal e política discutida por esta investigação. Assim, estiveram presentes nos referidos depoimentos as percepções de crítica acurada de contextos, capazes de redimensionar o conhecimento em poderes e sínteses provisórias, potencializando intervenções dinamizadoras de cenários sócio-históricos específicos.

Os depoimentos do grupo B apresentaram fragilidades políticas no entendimento do sujeito histórico, capaz de trilhar seu próprio caminho. Em geral, os sete enfermeiros ratificaram a responsabilização maior do governo em relação

às exclusões sociais. A análise feita sobre a possível participação da enfermagem no processo de reprodução das desigualdades restringiram-se a exemplificar a sua prática específica, curiosamente sempre melhor que o restante do contexto em que se insere.

Um passo importante para a qualidade política das intervenções de sujeitos é a acurada capacidade de crítica, autocrítica e análise de conjuntura capazes de resignificar a inserção social, transformando-a por transformar a si próprio. Tal aspecto esteve bem distante do grupo B, vinculando-os a fragilidades políticas típicas.

A reflexão crítica aprofundada de como a enfermagem se insere na gestão, gerência ou operacionalização das políticas sociais, amparado pelo conhecimento inovador, pode constituir elemento diferenciador nas intervenções do enfermeiro, tornando-as mais inclusivas, contribuindo para reduzir desigualdades, por isso também política social. A guisa do que se vem dizendo, veja-se depoimento abaixo :

"(...) Por isso, eu tenho visto muitas políticas sociais que buscam a manutenção da ordem e do status quo, buscando ampliar o acesso a bens de consumo e de serviços, falando que isso é cidadania, sem tocar no cerne da questão, que é a questão do poder, da distribuição do poder. Então é assistencialismo, muita assistência e poucas estratégia e táticas no sentido de promoção, quer dizer, perde até a essência de uma política social porque política social tem que mexer com poder. E essas políticas que têm surgido, nenhuma querem mexer com poder, ela quer deixar ele intacto. Emancipação pra mim tem a ver com distribuição de poder, com redistribuição do poder. Então não adianta o enfermeiro ocupar espaço, abrir emprego, melhorar o nível salarial, se o enfermeiro não entender esta questão central, que passa pela formação e pela natureza da institucionalização da prática enfermeiro (...)"¹⁶⁵.

¹⁶⁵ Depoimento estilizado

O entendimento ampliado da política social, enquanto correlações de forças entre sujeitos, capaz de reordenar poderes e riquezas, tornando-os mais inclusivas e ampliadores de oportunidades sociais, requer **qualidade política** que se reconstrói no exercício da participação crítica e criativa. ***O enfermeiro pode contribuir para um agir emancipatório nas políticas sociais que faz parte, rompendo sistematicamente com processos de dominação excludentes, através do cuidar que se reelabora epistemologicamente na capacidade de dispensar ajuda.***

A análise qualitativa dos depoimentos aprofundou questões consideradas centrais para a qualidade formal e política do enfermeiro, detendo-se prioritariamente na relação entre autonomia e cuidado por entendê-los constituintes importantes de processos emancipatórios. Pode-se dizer que as tendências panorâmicas da amostra citada anteriormente foram se confirmando no decorrer da 2ª fase de interpretação dos dados, à luz do quadro teórico referencial. Destaque-se, de forma sempre provisória, que as análises sintetizadas abaixo aprofundam mais substancialmente os resultados indicados pela fase mais quantitativa desta pesquisa:

- O contexto sócio-histórico experimentado pelo enfermeiro, principalmente relacionados a vivências em movimentos de cidadania organizados e aprendizagens fora do espaço formal de educação, influenciam a **qualidade política** das intervenções sociais, potencializando ações mais crítico-reflexivas e reordenamentos inclusivos de desigualdades;
- Os enfermeiros com elementos mais aproximativos da qualidade política apresentaram ambigüidades nos depoimentos, próprias de quem faz e desfaz questionamentos, ampliando a visão de contexto e desfazendo pretensas classificações mais rígidas desta investigação. Por outro lado, complementar a este, os enfermeiros com fragilidades políticas mais acentuadas tenderam a certa homogeneidade acrítica no discurso, com certa propensão a reeditar

relações assimétricas de poderes, sem minimamente questioná-las rumo à superação.

- As questões de cuidado e autonomia, entendidos dentro de espaços controversos da prática social da enfermagem, permeados de correlações de força e relações conflituosas de poderes, foram preferencialmente assim analisados pelos enfermeiros com qualidade política mais fortalecidas;
- Os enfermeiros com fragilidades políticas exemplares tenderam a associar autonomia com conquista de mais espaço estritamente profissional do enfermeiro, dentro da lógica ou estrutura institucional dominante, pouco questionando a forma autoritária, excessivamente técnica, biológica, centrada na doença e fragmentada de assistência à saúde vigente. Igualmente o cuidado foi defendido dentro do discurso individualista e reducionista da teoria do autocuidado, distante de redemocratizar poderes instituídos;
- A percepção crítica da inserção social da prática do enfermeiro em políticas sociais de saúde, contemplando a historicidade da profissão e a concepção de sujeito social, co-responsável por cidadanias, foi bem melhor contemplado pelos enfermeiros do grupo A, aproximativos da qualidade política. Os sete enfermeiros com fragilidades políticas mais acentuadas tenderam a analisar ingenuamente a questão, com dificuldades marcantes de fazer autocríticas e análise de conjuntura, tendo sempre por referência sua prática profissional, curiosamente sempre melhor.

Assumir acriticamente os discursos, ideologias ou projetos de outros grupos, profissões e estruturas institucionais como se fossem nossos, ajudando a manter assimetrias de poder excludentes e injustas, constitui "**pobreza política**" extrema, dentro do que defende Demo (1992). A qualidade política requer intenso questionamento reconstrutivo, na perspectiva de superar-se a si própria. As fragilidades políticas interpretadas por este estudo precisam ser melhor explicitadas, digeridas, evidenciadas, questionadas, conhecidas e refeitas na

enfermagem, num exercício crítico e reflexivo de mudanças, desde a formação até a prática do profissional.

3ª PARTE: DINÂMICA EMANCIPATÓRIA

CAP.4: ENFERMEIRO: DA PRIMAZIA DA QUALIDADE FORMAL À RELAÇÃO DIALÉTICA COM A QUALIDADE POLÍTICA

4.1- ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL

4.2- CUIDAR EMANCIPATÓRIO DO ENFERMEIRO:
POSSIBILIDADES E LIMITES

CAPÍTULO 4-ENFERMEIRO: DA PRIMAZIA DA QUALIDADE FORMAL À RELAÇÃO DIALÉTICA COM A QUALIDADE POLÍTICA

A qualidade formal, entendida como a face mais técnica e instrumental do conhecimento, é tão importante para o desenvolvimento da enfermagem quanto a face política que a complementa. O manejo das ciências físico-químicas e biológicas, como farmacologia, fisiologia e semiologia, além de outras, como administração, educação e psicologia, para citar algumas, constituem componentes essenciais para a qualificação da prática do enfermeiro.

O conhecimento excessivamente formal, sendo poder, também conquista espaços e garante certa autonomia, embora restrita e submetida a poderes e estrutura maiores. Assim, saber avaliar a condição clínica da pessoa, elaborar diagnósticos de enfermagem e traçar planos de cuidados assegura certo espaço profissional ao enfermeiro, porém não rompe com a lógica estrutural e institucionalizada de assistir as pessoas dentro do hospital, por exemplo. Igualmente importante é a preocupação com a qualidade técnica da assistência prestada, pois privilegia um cuidado com menos riscos de imperícia, já então qualidade política por garantir direitos de cidadania.

Discorrer sobre cuidado emancipatório vai além de assistir com qualidade técnica livre de dados. Significa romper sistematicamente com estruturas de dominação desigualmente injustas, partilhando espaços do micro ao macro, ampliando autonomia não só de quem detém maiores poderes institucionais para cuidar, mas também de quem é cuidado. Saliente-se que a parcial autonomia do enfermeiro em espaços institucionalizados, marcados pela racionalidade instrumental do modelo biomédico, apenas se mantém em consonância com tal hegemonia, sendo extremamente frágil por não sustentar projetos próprios alternativos de mudança na lógica de atuar em saúde.

Para refletir sobre a ideologia maior presente na enfermagem de que a primazia da qualidade formal, sem a necessária relação dialética com a qualidade política, garante maiores espaços de autonomia, pouco questionando as estruturas institucionais a que estão submetidas as práticas sociais da enfermagem, cite-se um caso exemplar. Trata-se de uma enfermeira entrevistada pertencente ao grupo B, com fragilidades políticas típicas. Através deste caso, considerado central para esta investigação pela forte marca de qualidade formal e por traduzir o ideal de profissão para muitos da categoria, tenta-se desconstruir e reconstruir discursos, buscando um perfil de enfermeiro mais aproximado da qualidade formal e política.

A enfermeira em questão tem uma trajetória marcada por forte preocupação com o constante aprimoramento técnico-científico da profissão, tendo ocupado grandes espaços dentro da enfermagem. Com três especializações e um mestrado, sendo este fora do país e em outra área, educação, demonstra qualidade formal destacada, com produção científica voltada para assistência à saúde e educação. A experiência profissional inclui diversos cargos de chefia em hospitais públicos e privados, atuação na área de saúde coletiva, docência, pesquisa, e ainda, como profissional liberal atuando em clínica de enfermagem.

Com relação à participação em entidades da profissão, a enfermeira diz já ter sido bem mais ativa, tendo inclusive já assumido algumas gestões como presidente, mas confessa hoje estar bem mais distante, pois não gosta da 'política partidária'. Apresenta um discurso centrado na valorização dos aspectos 'técnico-científicos' da profissão, com forte caracterização da instrumentalidade formal da ciência moderna, priorizando a tradicional e ordeira disciplina e uniformidade em detrimento da ambivalência típica de processos dialéticos.

As idéias expressas nos depoimentos giram em torno de ideologias conservadoras presentes na enfermagem, expressas principalmente por termos como *vocação, história, tradição, disciplina, ordem e brilhantismo*. A frase a seguir, dita pela enfermeira citada, traduz certa tendência ao tradicionalismo na forma de

enxergar a profissão. Pode-se mesmo dizer que todo o restante dos depoimentos vieram, de certa forma, a confirmar a tendência submissa caracterizada pela fala abaixo, apesar de em alguns outros momentos apresentar idéias inovadoras ao desenvolvimento formal da profissão:

“Então eu vejo enfermagem como uma profissão, infelizmente a gente não pode dizer que é uma profissão autônoma, ela é subsidiária de uma certa forma. Mas que pode ser exercida com brilhantismo, com muito conhecimento e com muito respeito social e comunitário pelos outros profissionais de acordo com o grau maior ou menor do conhecimento e da dedicação profissional que a gente tem. (...) Por outro lado eu sempre acreditei no conhecimento, e sempre busquei esse conhecimento.”¹⁶⁶

A enfermeira vai deixando cada vez mais clara a primazia da qualidade formal sobre a política, defendendo a noção de autonomia ligada ao conhecimento ‘técnico-científico’. Quando questionada sobre o que seria este conhecimento, na expectativa de antever sua face política, tende a reforçar a idéia da ciência positiva e neutra, marcadamente moderna. Em relação ao entendimento da inserção política da enfermagem nos espaços de sua prática, escapa afirmando que o ‘político-partidário’ sempre atrapalha avanços coletivos da profissão, sem minimamente analisar a questão. Política em si é partidária, mesmo não estando ligada a partidos institucionalizados, já que defende sempre algum argumento, disputando espaços com outros não menos conflituosos.

Por outro lado, registre-se aqui as conquistas importantes à profissão alcançadas pela enfermeira no espaço institucional de sua prática. Chefe de enfermagem de um hospital privado, aumentou consideravelmente o quadro de enfermeiros, implantou o serviço de educação continuada e praticamente garantiu a qualificação de nível médio a todos os atendentes de enfermagem do hospital: *“(...)quando entrei aqui 60% do corpo de atendimento eram atendentes, 40% eram auxiliar, a gente mandou todo mundo estudar.(...) Hoje eu acho que só*

tenho 3 atendentes que não fazem medicação, só fazem higiene do paciente (...)”

167

Apesar dos interesses mercadológicos estarem impulsionando as capacitações em todos os setores de produtos e serviços do capitalismo, mais como estratégia para aumentar a competitividade e o lucro do que para ampliar cidadanias, considere-se tal fato de extrema importância para o aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem prestada, que nem de longe tira o mérito da empreitada. Educação, mesmo que apenas formal, amplia chances e oportunidades, possibilitando superações de contradições, já então qualidade política.

A enfermeira assume os valores da instituição privada como seus, legitimando-os e demarcando seu espaço individual de autonomia com notório reconhecimento, conferindo-lhe boas possibilidades de inovar na assistência e na enfermagem, desde que também atenda as necessidades do mercado. Ademais, nota-se uma preocupação importante com o cliente como centro, dentro da linha da qualidade total. Se por um lado ‘qualidade total’ se distancia da qualidade política aqui discutida¹⁶⁸, por outro não deixa de também ser qualidade, embora mais afinada com interesses mercantis.

Apesar do notório avanço na qualidade formal, a enfermeira apresenta fragilidades políticas exemplares, tais como: visualiza a expansão da enfermagem em várias áreas de atuação como autonomia vinculada ao conhecimento ‘tecnico-científico’, sem uma análise mais crítica sobre as questões do mercado e transformações da sociedade; analisa questões restringindo-se a sua experiência,

¹⁶⁶ Depoimento estilizado.

¹⁶⁷ A lei do exercício profissional da profissão (LEP nº 7498/86), a contar de sua regulamentação (Dec. 94.406/87), estabelece prazo de 10 anos para que todos os atendentes de enfermagem do país, pessoas sem qualquer qualificação formal na área e que exercem a atividade, deveriam completar sua formação para auxiliar de enfermagem. Passados 14 anos da regulamentação da lei do exercício de enfermagem, ainda é grande o número de atendentes de enfermagem em todo o país, conforme atesta o PROFAE (Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem, desenvolvido pelo ministério da saúde, com recursos do BID).

tendo dificuldade em fazer análise da conjuntura social de saúde do país; reconhece a importância dos órgãos representativos da categoria, porém demonstra superficialidade no entendimento de participação social e cidadania organizada; analisa as contradições da prática de forma parcialmente crítica, associando sempre a deficiências na formação e qualificação do profissional (fragilidade no entendimento de sujeito histórico); desinformação sobre o papel dos conselhos e funcionamento do SUS, demonstrando pouca compreensão de política social.

Com as devidas proporcionalidades de tempo e espaços sócio-históricos e longe de uma análise mais apurada, pode-se minimamente dizer que a enfermeira em questão, com destacada qualidade formal, assume de forma muito peculiar a presença simbólica, cultural e imaginária do *mito-fundador* da profissão, ***Florence Nightingale***¹⁶⁹.

Como Florence, a enfermeira de nosso tempo defende o aprimoramento técnico da profissão associado à rígida disciplina. Igualmente parecidas são as inserções sociais de ambas, comprometidas e legitimantes de poderes dominantes, bem como os feitos heróicos amparados pela qualificação formal. Se uma reduziu o nº de feridos em guerra, sem analisar mais profundamente as razões da mesma, a outra aumentou escolaridade e aperfeiçoamento profissional de toda a equipe de enfermagem, com pouca análise de conjuntura sobre a influência do mercado sobre as demandas por capacitação.

Atente-se também as muitas ambigüidades presentes na prática desta grande aristocrata inglesa, Florence Nightingale, onde, ao mesmo tempo em que serviu aos interesses do governo inglês em guerra imperialista de forma obediente e disciplinada, enfrentou sérias restrições ao trabalho feminino no início do século,

¹⁶⁸ Ver 1º capítulo deste trabalho.

¹⁶⁹ Referencie-se no capítulo 2, sobre enfermagem e institucionalização do cuidado.

tendo contribuído historicamente, de certa forma, para os avanços do movimento de mulheres¹⁷⁰.

Também controversa é a trajetória da enfermeira aqui focalizada, onde aspectos como a formação diversificada em outras áreas do saber, participação em organizações representativas da classe e ganhos de espaços significativos da enfermagem na instituição onde trabalha, convivem dialeticamente com a primazia do conhecimento formal sobre a faceta política que a compõe, com valores arraigados de tradicionalismo nos discursos e práticas, além de fraca capacidade de analisar contextualmente a inserção da prática da enfermagem na política social de saúde.

Dizer que a qualidade formal não garante certa autonomia é uma imprecisão grosseira. Pode-se mesmo dizer que, à exemplo de Florence e com as devidas contemporaneidades, a enfermeira exemplificada faz parte do imaginário coletivo da profissão como ideal a ser buscado. Ademais, o aperfeiçoamento técnico é tão importante quanto a potencialização dos espaços em que ocorre a prática da enfermagem, pois cuidar, apesar de bem mais complexo, também é autocuidado, curativos, aperfeiçoamento de procedimentos e tecnologias para o bem-estar e conforto da pessoa assistida.

Se é possível afirmar que a qualidade formal conquista algum espaço de poder ao enfermeiro, igualmente se pode argumentar que tal autonomia ocorre mais para manter processos desiguais de dominação, inclusive sobre a própria enfermagem que permanece atrelada à lógica médica de atuar, que para desconstruir assimetrias de poder, emancipando de forma mais global. O inegável avanço conquistado por enfermeiras com destacada qualificação formal é imprescindível ao desenvolvimento da profissão, porém não é suficiente para emancipar mais coletivamente através do cuidado, contribuindo para reduzir desigualdades sociais ao invés de reeditar cenários excludentes e injustos.

¹⁷⁰ Sobre o mito de Florence Nightingale, ver Miranda, C. L. “**O parentesco Imaginário**”, São

Em uma síntese provisória, dir-se-ia que ***a qualidade formal, centrada na proficiência técnica, pode garantir algum espaço de autonomia individual e restrito ao enfermeiro, legitimante da lógica institucionalizada, dominante e excludente de atuar em saúde. É a face política da qualidade, porém, que questiona e desconstrói sistematicamente as assimetrias de poder, tornando-as mais democráticas e inclusivas, alargando coletivamente as chances e oportunidades.***

Apesar da importância dos mitos para a manutenção de instituições sociais, tendo em vista a análise de organizações feita por Enriquez (1997) à luz das teorias freudianas, os mitos-fundadores também precisam ser resignificados em seu imaginário motor, como forma de permitir mudanças conjunturais. A relevância de Florence para a profissão continuará, ainda por muito, motivo de orgulho na enfermagem, assim como o ideal de autonomia profissional incorporado pela enfermeira aqui explicitada. Porém, a relação dialética da qualidade formal com política, traduzidos pelo exercício crítico e reflexivo da profissão em contextos sócio-históricos, potencializa desconstruções mais significativas de poder, ampliando acessos e oportunidades.

As boas conquistas da qualidade formal, mais necessária à lógica de mercado atual do que ao fortalecimento de políticas sociais emancipatórias, trazem em seu bojo algum espaço de poder para a enfermagem. Porém, a forma excessivamente técnica de conhecer e atuar traduzem a ausência de um compromisso mais coletivo com a desconstrução de práticas exclusivas no setor saúde. A fragilidade política reeditada pela enfermagem contribui para as desigualdades sociais, expressas sobretudo pela hegemonia do modelo biomédico, por relações de poder dominantes sobre os processos de saúde-doença do outro ou pelo acirramento da competitividade capitalista pautada na *mais-valia-relativa*. Tudo isso para dizer que a institucionalização do cuidado pela enfermagem

legítimas políticas sociais pouco democráticas, tornando ela própria refém de processos exclusivos.

A inclusão da tecitura política da qualidade, em tensão dialética e desejável com sua face formal, potencializa movimentos emancipatórios para a saúde e para a enfermagem. No entanto, resta o exercício crítico-reflexivo de desconstruir e reconstruir práticas, através do conhecimento inovador e da participação, politizando o cuidar na profissão em todos os espaços em que ele se insere. Politizar espaços significa partilhar poderes, através da intervenção crítica e criativa de sujeitos em contextos sócio-históricos específicos.

As características indicativas de qualidade formal e política do enfermeiro foram se delineando no decorrer da investigação, assumindo contornos mais nítidos. Acredita-se que o perfil de enfermeiro com qualidade formal e política jamais estará pronto, posto que prima pela intensidade dialética da busca. De qualquer forma, as indicações de qualidade formal e política estudadas podem contribuir para as discussões sobre como ampliar o componente político da qualidade na enfermagem, de maneira sempre reconstrutiva.

A título de **perfil** sempre **aproximativo**, pode-se considerar que os ***indicativos de qualidade formal e política do enfermeiro*** abaixo, entendendo-os sempre incompletos, articulados e provisórios, fomentam bons debates à construção de uma enfermagem comprometida com a emancipação:

- Compreensão e crítica de contextos sócio-históricos apurada, percebendo as dinamicidades, ambigüidades e historicidade da inserção da prática de enfermagem nas políticas sociais, analisando conjuntamente as desigualdades decorrentes do processo de produção social da saúde em cenários específicos;
- Entendimento da unidade dialética autonomia e poder enquanto correlações de forças eternamente superáveis e conquistáveis através, principalmente, do

conhecimento reconstrutivo e da participação de sujeitos sociais, amparados pelas faces formal e política da qualidade ;

- Intervenções críticas, reflexivas e criativas em contextos sócio-históricos específicos, através do cuidado emancipatório que se refaz processualmente na dispensa da ajuda e na politização dos espaços em que se insere, potencializando a desconstrução de assimetrias de poder e a redução de desigualdades sociais.

Compreender contextos, entendendo a provisoriedade do conhecimento reconstrutivo e a unidade poder-autonomia como conquistas de sujeitos históricos, pode potencializar intervenções críticas e criativas, alargando as chances e escolhas das pessoas. ***O enfermeiro com qualidade formal e política, através do cuidado emancipatório, pode contribuir para diminuir desigualdades sociais, redimensionando a política social que faz parte.***

4.1- ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL

A idéia de enfermagem como prática social aparece amparada em alguns argumentos centrais. Primeiro, diz respeito à grande capilaridade da profissão nas políticas sociais, especialmente as de saúde, contribuindo significativamente para superar ou reeditar desigualdades socialmente estruturadas. Segundo, vários documentos de organismos internacionais, a despeito de sua vertente marcadamente neoliberal, dentre eles Organização Pan-americana de Saúde (OPS)¹⁷¹, têm indicado o fortalecimento da enfermagem como estratégia para equidade nos serviços de saúde. Por último, a idéia desenvolvida por esta investigação, acerca da qualidade formal e política da enfermagem, pode contribuir para cuidados emancipatórios, capazes de aumentar o desenvolvimento humano das pessoas.

O contexto teórico desta investigação abordou a forma como se deu a profissionalização da enfermagem no Brasil, sobretudo analisando sua inserção nas políticas sociais de saúde. Viu-se que em todos os momentos de conformação e evolução das políticas de saúde do país a enfermagem foi amplamente requisitada, tendo respondido quase sempre com bastante obediência e disciplina às demandas governamentais.

Com um corpo de profissionais numericamente grande inserido em vários espaços e hierarquias da institucionalização do cuidar, a enfermagem constitui uma força de trabalho expressiva para operacionalização de políticas de saúde, tanto no setor público, quanto no privado. A prática social da profissão, rica em diversidades e possibilidades, enfrenta-se em um cotidiano cheio de pobreza e desigualdades sociais, debatendo-se para lidar com elas diariamente.

¹⁷¹ Será discutido sobretudo o documento “Servicios de Enfermería para Contribuir al Logro de la equidad, el acceso, la calidad y sostenibilidad de los servicios de saúde – Plan de Mediano Plazo 2001-2003”, OPS, março, 2001.

A enfermagem vive o drama de fazer políticas sociais, principalmente de saúde, mas também de educação e assistência, confrontando-se com misérias e desigualdades de toda sorte. Tendo o cuidado por abordagem central, a profissão insere-se muitas vezes de maneira pouco crítica nas políticas sociais, tendendo a co-reproduzir políticas pobres para pobres, aprofundando desigualdades sociais. Aliás, a própria enfermagem tem inserção desigual na profissão, onde a direção ou o 'pensar' fica sob responsabilidade de enfermeiros, e o 'fazer' mais objetivado fica com o corpo de auxiliares e técnicos. Tal fato se reflete nas correlações de força da prática, aprofundando assimetrias de poder dentro da própria equipe.

De qualquer forma, a grande capilaridade da enfermagem, presente em *espaços-tempos* diversos e controversos, em contato com o atendimento das demandas mais pobres da população, a coloca em uma posição estratégica para a política social. O enfermeiro, como grande articulador da equipe de enfermagem e gerente da maioria das ações em saúde, constitui peça relevante neste cenário, podendo influir processos mais amplos ou frágeis de cidadania, dependendo da realidade em que se insere e da qualidade de sua intervenção.

A centralidade da enfermagem para o desenvolvimento e exequibilidade de políticas sociais de saúde tem sido crescentemente reconhecida por diversas reuniões e organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e Confederação Internacional de Enfermagem (CIE)¹⁷². Tais organizações, além de reconhecerem a importância dos serviços de enfermagem nos sistemas de saúde, principalmente em nível de saúde pública e coletiva, recomendam aos governos que fortaleçam os serviços de enfermagem como forma de aprimorar o atendimento em saúde da população.

¹⁷² OPS, "**Servicios de Enfermería para Contribuir al Logro de la equidad, el acceso, la calidad y sostenibilidad de los servicios de salud – Plan de Mediano Plazo 2001-2003**", Panamá, março, 2001. Ver também OPS, "Plan de Desarrollo de la enfermería para a América latina: una respuesta. Serie 6. Desarrollo de recursos humanos, 1997

O documento da OPS "*servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y sostenibilidad de los servicios de saúde – Plan de Mediano Plazo 2001-2003*" tem como propósito apresentar uma proposta para fortalecimento dos serviços de enfermagem como estratégia para equidade, qualidade, acesso e sustentabilidade dos serviços de saúde oferecidos aos indivíduos, famílias e comunidades. Apesar do caráter normativo e neoliberal do mesmo, valem algumas considerações para subsidiar a discussão da enfermagem enquanto prática social.

Políticas sociais focalizadas, restritas ao pobre e de qualidade inferior, é traço típico do neoliberalismo, tão presente nos governos da América Latina, sobretudo no Brasil¹⁷³. O caráter ou risco neoliberal da proposta da OPS aparece mais claramente quando tenta argumentar sobre a satisfação dos usuários atendidos por enfermeiros, justificando que a qualidade técnica é 'parecida' com a dos médicos, porém com *custos* menores. Registre-se aqui dois equívocos básicos. Primeiro, a qualidade técnica da enfermeira não deve ser comparada a outras, já que não tem intenção de substituir nenhuma, mas firmar-se com 'próprias pernas'. Segundo, o fato socialmente produzido da enfermeira ganhar menos, também ligada à questão de gênero, é processo histórico que precisa ser combatido, não estimulado, já que política social assim o supõe.

A lógica do mercado em tempos de globalização e sociedade do conhecimento, onde a mais-valia se tornou relativa, ocorrendo também sobre o conhecimento produzido, precisa de profissionais tecnicamente competentes e eficientes para se reproduzir e manter margens de lucro crescentes. Conduzida por governos neoliberais, a atual lógica mercantil tem gerado desigualdades crescentes, como tem atestado os próprios relatórios internacionais¹⁷⁴.

As demandas do mercado neoliberal, expressas pelos vários organismos internacionais, têm influenciado a forma de conduzir e implementar políticas

¹⁷³ Viana (1997) e Lesbaupin (1999)

sociais, inclusive no Brasil. Os vários espaços que estão se abrindo para o enfermeiro servem igualmente aos interesses do mercado, apesar de constituírem ricas possibilidades de superação, se visualizados de maneira crítica e contextual. O que importa, aqui, é de que forma o enfermeiro se insere nas políticas sociais em contextos neoliberais, se de forma ingênua, colaborando para reeditar desigualdades, ou se criticamente, influenciando nos processos de mudança possíveis.

Feitas as devidas ressalvas ao documento da OPS (2001), também visualizando críticas pertinentes ao neoliberalismo nele presente, vale considerá-lhe os avanços interessantes ao debate da enfermagem enquanto política social. A começar da 'visão' de enfermagem, a OPS (2001:5) considera que os serviços de enfermagem são componentes dos sistemas de saúde essenciais para o desenvolvimento da sociedade, contribuindo para conquista de melhores condições de vida, mediante práticas baseadas em princípios de equidade, acessibilidade, cobertura e sustentabilidade da assistência. Ou seja, ***a enfermagem enquanto prática social pode contribuir para reduzir desigualdades, se amparadas pela qualidade formal e política.***

A análise da realidade atual da enfermagem nas Américas, descortinando a crescente precariedade e más condições de trabalho presente na profissão, como também o pouco reconhecimento social que recebe, aponta algumas implicações importantes para a profissão, tais como OPS (2001): necessidade de aprofundar campos de conhecimento da enfermagem, desenvolvimento de novas habilidades de gestão do cuidado, bem como ampliação da participação da enfermagem na definição, implementação e avaliação das políticas de saúde. Considere-se relevantes estes enfoques para a profissão na perspectiva de política social aqui enfocada, merecendo debates mais ampliados sobre as questões apontadas pela OPS.

¹⁷⁴ ONU (1990-2000), OPS (2001), BID(1997)

O documento finaliza propondo um plano de ação para fortalecimento dos serviços de enfermagem, estruturado em seis linhas estratégias OPS (2001): 1-posicionamento em instâncias de decisão de diferentes níveis do sistema de saúde e organismos internacionais; 2–fortalecimento da enfermagem comunitária, urbana, 'urbana-marginal', rural e especializada; 3–adoção de programas de formação e educação continuada centrada nas necessidades da população; 4-diferenciar perfis e funções dentro da equipe de enfermagem; 5-desenvolver sistemas de informações de enfermagem unificado e 6-fortalecer serviços de enfermagem especializada.

Considere-se os avanços e recuos da proposta de ação como ricas possibilidades para a profissão, apesar dos riscos neoliberais nela contidos. Assim, na medida em que parece inovar quando propõe mais participação da enfermagem em espaços decisórios para a política de saúde, também pode significar estratégia de manipulação aos interesses mercantis, já que o ***enfermeiro é profissional obediente, tecnicamente competente e produtivo, enfim, bom para o lucro.***

Por outro lado, fortalecer a enfermagem 'comunitária', 'rural' e 'marginal' e acentuar a divisão social e técnica do trabalho, quando propõe 'diferenciar perfis e funções', parece induzir a focalização de políticas sociais a pobres, com marcada fragmentação técnica da assistência prestada. Apesar das críticas à face neoliberal da proposta da OPS, considere-se válida a tentativa de introduzir o debate em torno da enfermagem enquanto estratégia para ampliar acessos aos serviços de saúde, já então política social inclusiva.

Que a enfermagem já vem desenvolvendo políticas sociais de vários enfoques, não é novidade. O que pode inaugurar boas discussões é o entendimento da enfermagem enquanto prática social emancipatória, capaz de reordenar desigualdades pelo cuidado da profissão.

A visão epistemológica e ecológica do cuidado, capaz de emancipar pelo traço solidário e participativo dos atores envolvidos, requer conhecimentos inovadores que inaugure novas habilidades do cuidar. Especialmente para o enfermeiro, trata-se de ampliar a gestão do cuidado, passando do cuidado institucionalizado, burocratizado, racional e fragmentário, ao cuidado integral, diverso, ambíguo, dialético, rico em possibilidades e desafios por inserir diversos atores no gesto interativo e relacional de cuidar do outro.

3.2- Cuidar emancipatório do enfermeiro: possibilidades e limites

Emancipar pelo cuidado, para a enfermagem, significa repensar as práticas e as relações envolvidas no gesto de cuidar. A relação solidária e ambivalente construída pelo cuidado, capaz de se refazer na dispensa da ajuda em prol da autonomia do outro, constitui o cerne do cuidar emancipatório, potencializando desconstruções de assimetrias de poder, democratizando-as.

Discorrer sobre cuidado emancipatório tem mais sentido quando entendido dentro de relação de limites e possibilidades que o compõe. Assim, ao mesmo tempo em que o cuidado é potencialmente libertador, na medida em que ajuda a pessoa na construção de seu próprio projeto, também é castrador, no sentido, de que de certa forma, limita o processo de busca e crescimento. ***O ato de cuidar, na perspectiva de liberdade aqui argumentada, subsiste da angústia dialética entre a relação compartilhada de fazer junto e a expectativa autônoma de poder dispensar a ajuda.***

Para tornar-se mais emancipador, o cuidado tende a aumentar sua tensão dialética, apostando mais no processo que no resultado, sendo a chegada sempre temporal, enquanto que o processo é permanente. Neste ambiente controverso e cheio de possibilidades convive o cuidado da enfermagem, realizado não somente pelo enfermeiro, mas por diversos atores com diversidades sócio-culturais distintas, já então controverso e conflitivo.

Refletir sobre a concepção emancipatória do cuidado na enfermagem requer processos de desconstrução e reconstruções permanentes, ampliando o debate em todos os espaços onde ele se insere, refletindo sobre os mitos, ritos e fragilidades políticas da profissão, buscando aproximações constantes de conhecimentos capazes de aprimorar a possibilidade de democratizar relações assimétricas de poder. ***Trata-se, pois, de politizar a prática social do cuidar em todos os espaços onde ele se insere na enfermagem, partilhando***

decisões e ampliando o debate em torno das diferenças, tendo por base o conhecimento inovador.

Amplificar discussões sobre as dessemelhanças envolvidas no cuidado da enfermagem, resignificando-as no campo da qualidade formal e política, potencializa processos autônomos mais coletivos, ampliando acessos e cidadanias. O que se propõe, aqui, é a reinvenção da prática social de cuidar da enfermagem, fortalecendo políticas sociais de cunho mais emancipatório.

Em termos estratégicos e epistemológicos, vê-se a necessidade de se fomentar discussões acerca dos limites e possibilidades do cuidar emancipatório da enfermagem, aprofundando a idéia de enfermagem enquanto prática social emancipatória, capaz de reduzir desigualdades sociais. Politizar espaços, como já dito, é partilhar poderes na tentativa de se construir relações menos injustas entre diferentes. É assumir as dessemelhanças das relações sociais como ricas possibilidades emancipatórias, cuidando para que as pessoas elaborem projetos próprios de desenvolvimento, conquistáveis no processo histórico.

Potilizar espaços de cuidar relaciona-se com o alargamento das oportunidades que os sujeitos têm de elaborar e reelaborar os propósitos para suas vidas. Na enfermagem, tal politização insere-se em todos os campos da prática, para além da assistência, já que cuidado é gesto de relação presente na sociedade. Assim, seja nos espaços de gerência e gestão, na assistência individual e coletiva, na educação em saúde, nas atividades de pesquisa e ensino ou, ainda, inserido em espaços de consultoria e diversos outros, o cuidado pode ajudar na construção de projetos próprios das pessoas envolvidas, emancipando utopicamente¹⁷⁵ o processo inteiro, profissão e sociedade.

Sobre o contexto mais ampliado de projeto e sua relação com a enfermagem aqui proposto, considere-se o que diz Sena-Chompré (1998) como

¹⁷⁵ Utopia enquanto realidade a ser conquistada e construída, com todos os limites e possibilidades envolvidos.

rica contribuição ao que se vem discorrendo: *"Um projeto político se constrói sem medo de romper com velhos dogmas e com práticas consolidadas, que ao contrário devem constituir-se como fatores impulsionadores das práticas recriadas"*.(p.180)

A construção de projetos políticos próprios, tanto para a profissão quanto para as pessoas envolvidas nas relações de cuidar da enfermagem, requer qualidade formal e política no ser, no conhecer e no atuar, recriando possibilidades emancipatórias. Requer também atitude cotidiana de pesquisa e elaboração própria¹⁷⁶ nos processos educativos que o cuidado requer, onde a elaborada crítica de contextos se reconstrói para intervir sempre melhor.

Na perspectiva de objetivar as possibilidades aqui discutidas, cientes dos riscos restritivos por assim fazê-lo e apostando muito mais no aspecto didático da tentativa, ensaiou-se um desenho mais instrumentalizador do cuidado aqui argumentado. Assim, tomando-se por exemplo o contexto hospitalar da enfermeira exemplificada neste capítulo, pensou-se em algumas desconstruções possíveis para a rígida institucionalidade do cuidado do ambiente hospitalar.

Primeiro, ao invés de rígida disciplina de horários, rotinas, técnicas e procedimentos aprisionadores do cuidar na enfermagem, propõe-se ampla flexibilização dos meios instrumentais e tecnológicos do cuidado, centrando-se muito mais nos fins, ou seja, na pessoa como alvo maior do cuidado da enfermagem.

Nesse caso, uma idéia interessante seria coletivizar os processos decisórios e a rígida divisão social de trabalho da equipe de enfermagem e de saúde. Assim, tanto a elaboração do plano de cuidados de enfermagem, quanto as demais sistematizações clínico-terapêuticas dos profissionais de saúde, respeitando as devidas competências legais, seriam discutidas e pactuadas coletivamente entre

¹⁷⁶ Referencie-se aqui na discussão de Demo (1998) sobre pesquisa como estratégia de educação, apurando a reflexão de sujeitos sociais como forma de autogestão e intervenção crítica

equipe de enfermagem, usuário, família e demais profissionais de saúde, definindo atribuições, avaliações e responsabilidades de cada um no processo de cuidado compartilhado. Tal proposta, apesar de contemplar os conhecimentos específicos dos profissionais envolvidos, prima pela centralidade da pessoa em seu projeto de assistência, cabendo-lhe decidir cada vez mais significativamente sobre sua saúde, que se reflete na saúde do contexto em que se insere.

O mais importante aqui é o permeio de cuidado nas relações entre os atores envolvidos no processo, capaz de desconstruir assimetrias de poder e não o enquadramento do paciente nas normas hospitalares. Ademais, a elaboração de instrumentos e tecnologias da enfermagem deve sempre se adaptar ao contexto em que se insere o cuidado à pessoa, não o contrário. Significa dizer que mais importantes que rotinas e procedimentos é o processo de criação envolvido na singularidade de cada gesto recíproco de cuidar, por si renovadores de conhecimentos, já então qualidade política.

Segundo, a partir do plano de cuidados pactuado entre os profissionais de saúde, usuário e família, seguem-se as definições dos projetos de educação permanente dos profissionais. Propõe-se aqui a abordagem de Demo(1998), centrada na elaboração própria como estratégia do *educar pela pesquisa*. Ou seja, ao invés de abordagens tradicionais e verticalizadas de ensino, propõe-se que os próprios profissionais, incluindo o pessoal de nível médio, sejam co-autores e co-atores de seus próprios projetos de estudo, com abordagens interdisciplinares e/ou especializadas, dependendo do contexto a ser refletido. Cabem aqui as parcerias e articulações intersetoriais e entre várias instituições como vertente importante aos processos de educação permanente desencadeados.

Terceiro, sugere-se que a gestão e a gerência dos serviços e da instituição estejam sincronizados e abertos aos processos de mudanças propostos pelos profissionais e usuários envolvidos no processo de cuidar. Neste sentido, a flexibilidade dos processos decisórios e o compartilhamento de poderes institucionais

facilitam a viabilização das mudanças requeridas. O amplo processo de gestão e gerência, principalmente dos dissensos, constitui uma habilidade especial a ser construída e reconstruída para investir na qualidade política das intervenções, recriadoras de oportunidades.

De forma sempre aproximada, poder-se-ia dizer que alguns limites e possibilidades ao cuidado emancipatório do enfermeiro podem contribuir para que a enfermagem avance na perspectiva de prática social emancipatória, historicamente construída e redistribuidora de desigualdades sociais. Assim, o cuidar emancipatório do enfermeiro, dentre outras coisas, envolve:

- Ampliar reflexões e conhecimentos sobre as concepções emancipatórias de cuidado na enfermagem, dentro de uma visão ecológica e epistemológica;
- Conceber cada pessoa como sujeito de seu processo de saúde, desenvolvendo tecnologias apropriadas de cuidar capazes de ajudar na construção de projetos próprios;
- Desencadear processos de empoderamento individual e coletivo na equipe de saúde e em sua relação com o outro, coletivizando a construção de conhecimentos na enfermagem capazes de democratizar assimetrias de poder;
- Valorizar os diversos saberes e valores da equipe de enfermagem como ricas possibilidades de cuidar, buscando estratégias conjuntas para o enfrentamento de problemas;
- Assumir todos os mitos e ritos da enfermagem como amplas possibilidades do cuidar, desmitificando-os reflexivamente na construção de abordagens do cuidado emancipatório, amparado pela qualidade formal e política;
- Recriar vínculos e relações de cuidado entre as pessoas em todos os campos de atuação do enfermeiro, ampliando a dimensão do cuidar para espaços-tempos além de sua institucionalidade pela enfermagem;

- Politizar os espaços de atuação do enfermeiro (assistência, gestão e gerência, educação em saúde, ensino e pesquisa, consultorias), partilhando poderes na tentativa de acumular forças de reação aos processos de dominações excludentes;
- Incentivar a formação de grupos diversos, com interesses plurais, resgatando o movimento e a ação participativa das pessoas como fortalecimento da qualidade política;
- Valorizar e resgatar as diversas culturas e formas simbólicas como substratos da pluralidade e possibilidades emancipatórias da relação de cuidado estabelecida pela enfermagem;
- Reinventar a criatividade como elemento importante para o cuidar, fomentando estratégias para inseri-lo de forma mais participativa na prática da enfermagem, desconstruindo rígidas institucionalidades castradoras da liberdade inventiva dos sujeitos;
- Investir no conhecimento inovador da equipe de enfermagem, adotando a pesquisa e elaboração própria como proposta de educação crítica.

As possibilidades são muitas e os limites também. Esta é apenas uma idéia, assumida como eternamente incompleta, para tornar mais cuidadosa nossa existência. Que seu componente inacabado seja continuamente aperfeiçoado nas discussões que porventura surjam. A perspectiva que ora se traduz é a de sempre buscar uma enfermagem comprometida com a emancipação, fazendo e refazendo-se enquanto prática social.

CONCLUSÃO

A enfermagem, profissão de caráter social relevante por se inserir estrategicamente em diversos espaços onde acontece a prática do cuidar, tem historicamente reeditado de maneira pouco crítica as desigualdades e exclusões do contexto em que se insere. Ao mesmo tempo, apresenta amplas possibilidades de mudanças expressas sobretudo na diversidade de práticas e atores de seu cotidiano, rico em conflitos e ambigüidades, controverso, porém factível e superável.

As fragilidades políticas dos enfermeiros interpretadas por este estudo, principalmente as que tendem a associar autonomia com conquista de espaços profissionais restrito a estrutura institucional de saúde dominante, pouco questionando a conjuntura em que se insere a profissão, além da visão de cuidado associado a teoria reducionista e tecnicista do autocuidado, têm historicamente ajudado a manter políticas sociais pouco inclusivas, verticalizadas e/ou focalizadas, típicas da influência social e política do contexto sobre a prática da enfermagem.

Outro ponto destacadamente frágil nos posicionamentos dos enfermeiros reside no fato da categoria assumir de forma pouco crítica os discursos, ideologias e projetos de outros grupos, profissões e estruturas institucionais, delineando fortes marcas de *pobreza política*. Tais vulnerabilidades na qualidade das intervenções políticas do enfermeiro precisam ser melhor explicitadas, discutidas, questionadas, refletidas e conhecidas na enfermagem, ampliando o debate em torno do tema desde a formação até a prática profissional, como forma de impulsionar movimentos dinamizadores de mudanças da realidade que se pretende melhor.

O enfermeiro, enquanto gerente e gestor privilegiado das ações de cuidado desenvolvidas pela equipe de enfermagem nos diversos campos de atuação da profissão, constitui-se elemento importante para confrontar-se ou reeditar ideologias mantenedoras de assimetrias de poder, sendo ele próprio vítima e algoz de sua prática. A qualidade formal e política do enfermeiro, reconstruída pela atuação crítica e criativa dos sujeitos em contextos sócio-históricos específicos, potencializa progressivas rupturas de processos de dominação excludentes, através sobretudo do cuidado de cunho mais emancipatório.

A enfermagem na atual conjuntura, marcada pelas exigências da sociedade do conhecimento globalizado, tem sido amplamente requisitada a ocupar espaços estratégicos nas políticas sociais, inclusive com recomendações de organismos internacionais (OPS, OMS, CIE) que enxergam na profissão uma rica contribuição à *equidade, ao acesso, a qualidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde*. Apesar do caráter marcadamente neoliberal das propostas vigentes, entenda-se o presente cenário como um momento estratégico para a profissão avançar na superação das contradições, se amparada pela qualidade formal e política dos conhecimentos, práticas e cuidados que a legitimam.

O debate da enfermagem enquanto prática social emancipatória pode ser consideravelmente ampliado se assumirmos alguns desafios e discussões centrais à ruptura progressiva e infindável das fragilidades políticas presentes no contexto em que se insere a profissão, compreendendo criticamente os fatores históricos e estruturais da exclusão social. Um bom começo para discussões mais aprofundadas seria reconstruir relações mais dialéticas e menos lineares entre as faces formais e políticas da qualidade, ampliando as possibilidades emancipatórias do agir da enfermagem, sobretudo através do cuidado.

As indicações de qualidade formal e política do enfermeiro aqui apontadas podem fomentar reflexões críticas acerca das possibilidades e limites do

agir emancipatório deste profissional. De forma reconstrutiva, dinâmica e aproximada, propõe-se ao enfermeiro um perfil que envolva a permanente construção da compreensão crítica de contextos sócio-históricos, o entendimento da relação dialética entre autonomia e poder, respaldado pelo exercício da participação e do conhecimento reconstrutivo, bem como a recriação das possibilidades emancipatórias do cuidado nas intervenções da profissão.

O agir emancipatório da enfermagem, capaz de alargar oportunidades e cidadanias, traduz-se sobretudo na rica potencialidade do cuidado da profissão, se assumido e conhecido enquanto relação interativa, ambígua e reconstrutiva em prol da autonomia do outro. Propõe-se, então, ampla politização da prática social do cuidar da enfermagem nos diversos *espaços-tempos* em que ela se insere (assistência, gestão e gerência, educação em saúde, ensino e pesquisa, consultorias), compartilhando e reordenando poderes, desconstruindo progressivamente, através do conhecimento inovador com qualidade formal e política, os processos de dominação excludentes a que se estamos submetidos.

Emancipar pelo cuidado, para a enfermagem, significa inaugurar movimentos plurais de enfrentamento das fragilidades políticas e conflitos do contexto em que se insere, resignificando dialeticamente as possibilidades e limites dos processos autônomos individuais e coletivos. É cuidar para que as pessoas sejam capazes de elaborar e modificar seus projetos de vida e cidadania, cuidando-se para construir sua própria autonomia, que só tem sentido se refletida solidariamente na autonomia do todo.

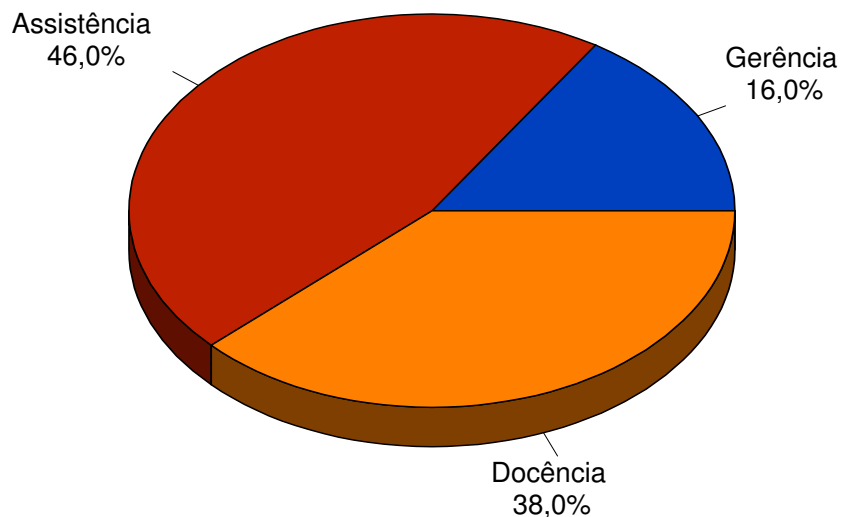
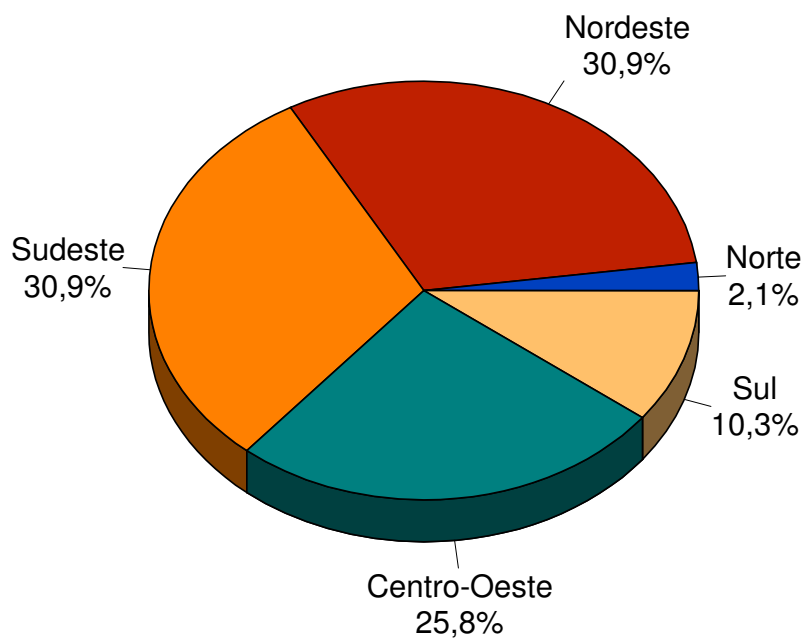
ANEXO 1- GRÁFICOS E TABELAS – CENÁRIO DA AMOSTRA**GRÁFICO 1- CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO ÁREA DE ATUAÇÃO PRIORITÁRIA****GRAFICO 2- DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR INSTITUIÇÃO FORMADORA E REGIÕES DO BRASIL**

GRÁFICO 3 – ENFERMEIROS DA AMOSTRA SEGUNDO TEMPO DE FORMADO

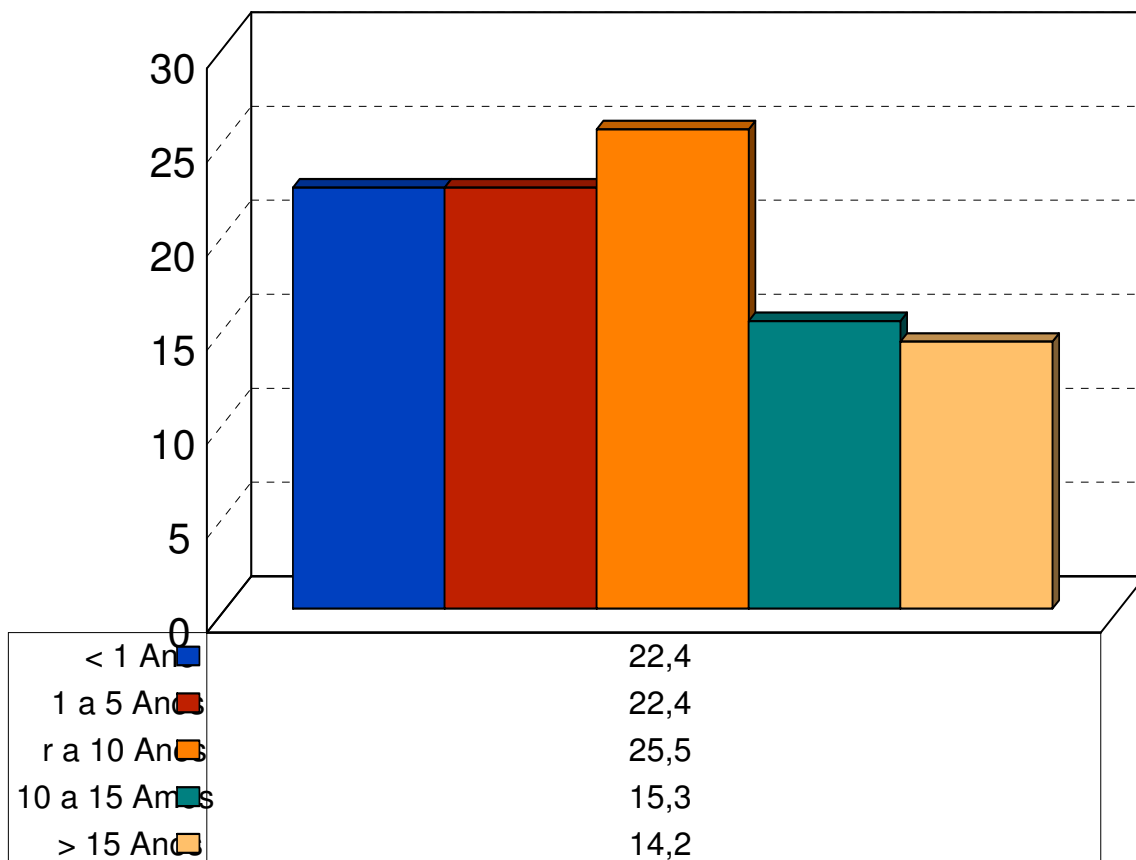


GRÁFICO 4- CARACTERIZAÇÃO DOS 77 ENFEMEIROS COM PÓS-GRADUAÇÃO POR GRAU DE TITULAÇÃO

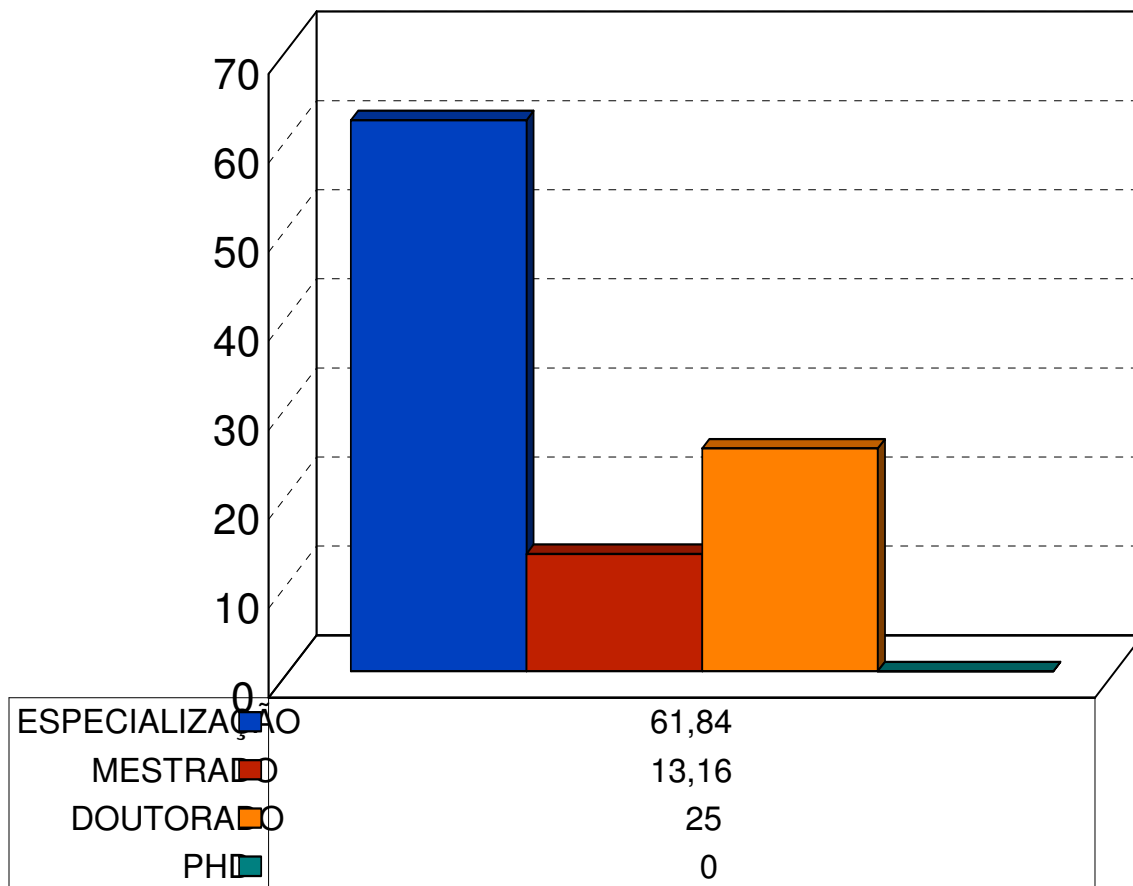
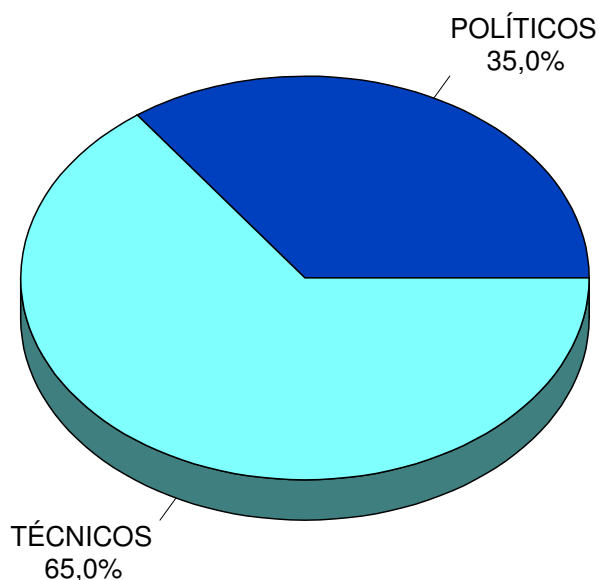



GRÁFICO 5 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO PRODUÇÃO CIENTÍFICA : TEMÁTICAS



 TEMAS SÓCIO-POLÍTICOS : POLÍTICAS PÚBLICAS, PRÁTICA SOCIAL DO ENFERMEIRO, FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM, POLÍTICA SOCIAL, ESTADO, SOCIEDADE, CIDADANIA E SAÚDE, HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA


 TEMAS TÉCNICOS : UTI,CC, CME, OBSTETRÍCIA, PATOLOGIAS, SAÚDE DA CRIANÇA, SAÚDE DO ADOLESCENTE, SAÚDE DO IDOSO, SAÚDE DA MULHER, SAÚDE DO ADULTO, GERENCIAMENTO E GESTÃO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR. PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA

GRÁFICO 6- CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO TEMAS QUE BUSCAM PARA SE CAPACITAR EM 1º LUGAR

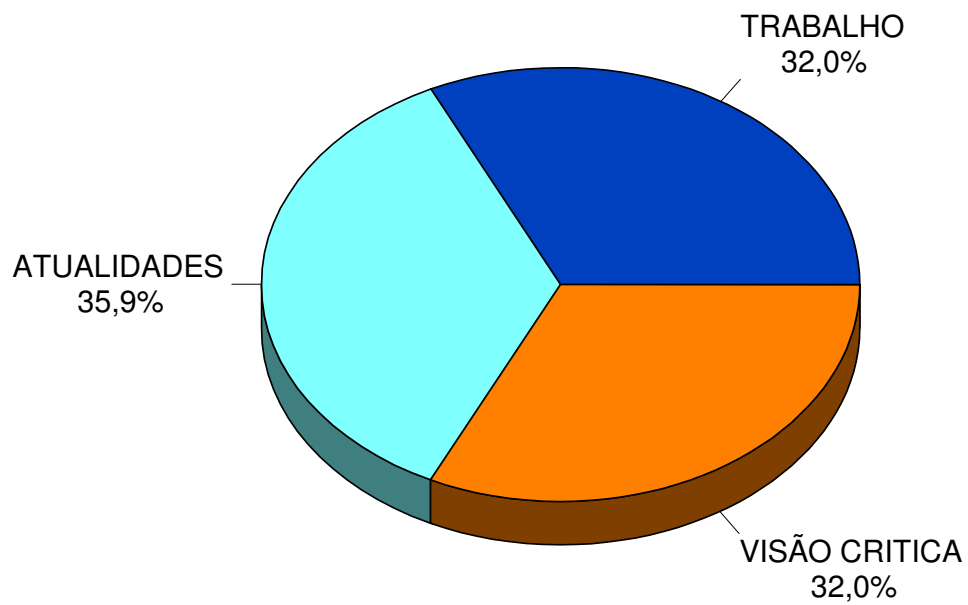
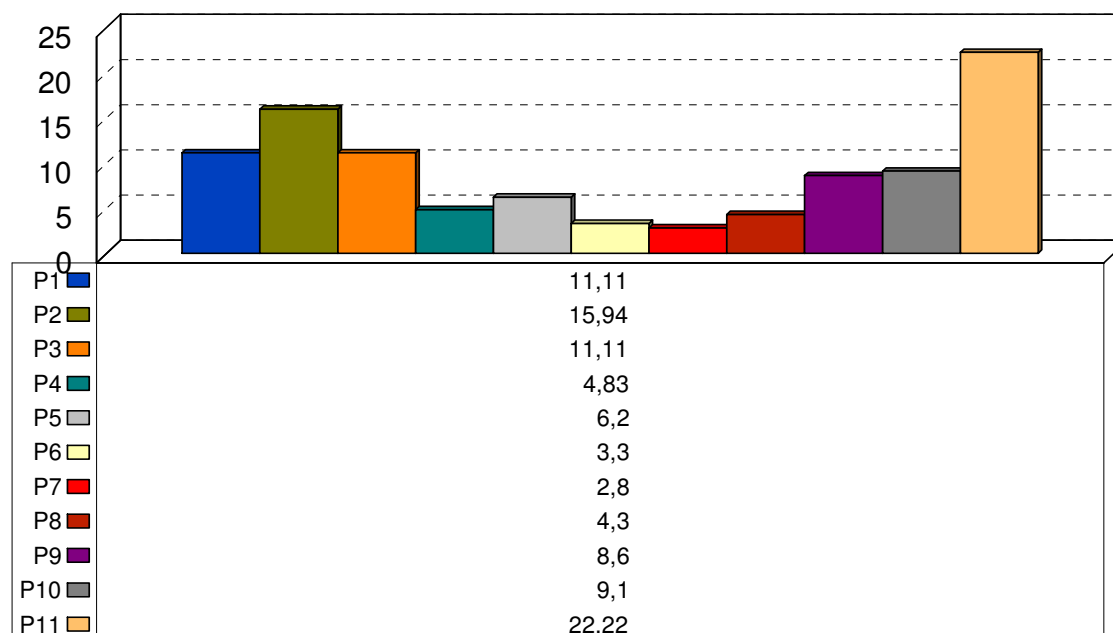
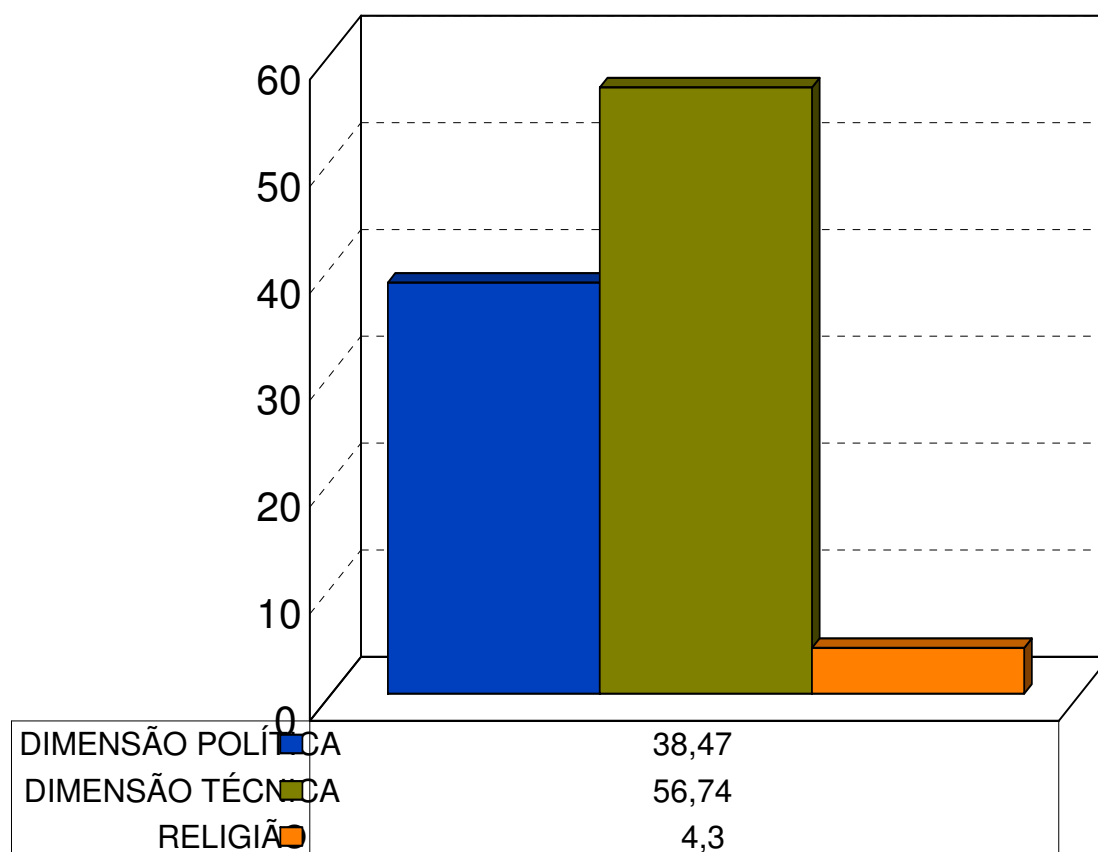


GRÁFICO 7 – TEMAS IMPORTANTES PARA A QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS



- P1 Gerência e Gestão
- P2 Políticas Públicas/ Política social
- P3 Técnicas/Saber de Enfermagem
- P4 Filosofia
- P5 Psicologia
- P6 Pedagogia/Educação
- P7 Metodologia da pesquisa
- P8 Religião
- P9 Prática/História da Enferm.
- P10 Ciência Política
- P11 Outros

GRÁFICO 7 – TEMAS IMPORTANTES PARA A QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR DIMENSÃO



DIMENSÃO POLÍTICA : Políticas Públicas/social, Filosofia, Prática / historicidade da profissão, ciência política

DIMENSÃO TÉCNICA : Gerência/gestão, Técnicas/teorias de enfermagem, Psicologia, pedagogia/educação, metodologia da pesquisa, outros

GRÁFICO 8- POSICIONAMENTOS – CONTRADIÇÕES EXISTENTES NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO : ENFRENTAMOS DE MANEIRA CRÍTICA OU ORGANIZADA

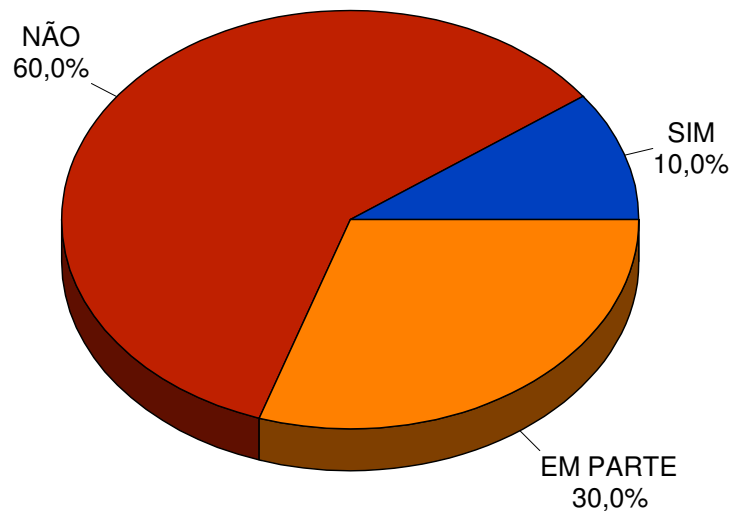
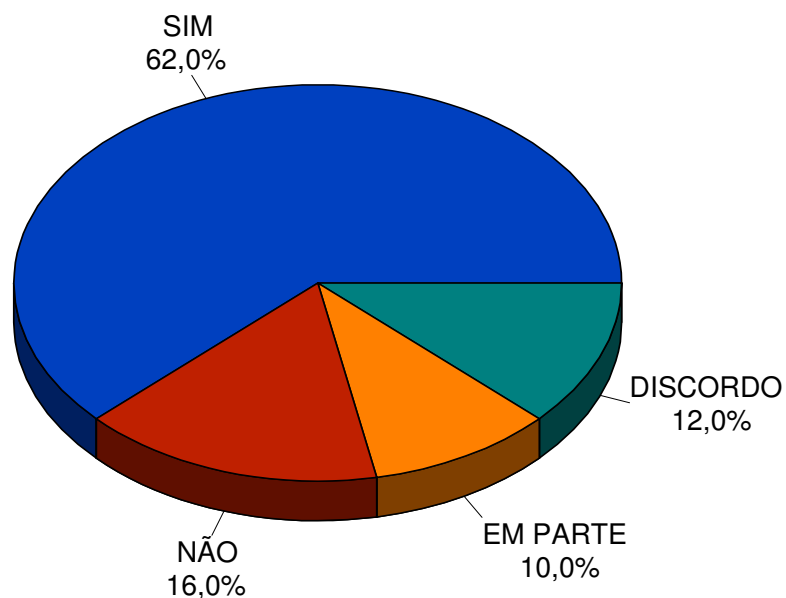


GRÁFICO 9- POSICIONAMENTOS : ACESSO DESIGUAL À SAÚDE : NÓS ENFEMEIROS FAZEMOS PARTE DO PROCESSO DE REPRODUÇÃO DESTA DESIGUALDADE ?



ANEXO 2- QUESTIONÁRIO

Nº _____

1-DADOS PESSOAIS :

Nome _____ Fones: _____

Local de Trabalho: _____ *E-mail : _____

2- FORMAÇÃO ENFERMEIRO (A)**2A-** Instituição Formadora : _____ Ano: _____**2B-** Você tem outra graduação (ou cursa) ? () SIM () NÃO
Qual(is) ?**2C-** Você tem Pós-Graduação (ou cursa) ? () SIM () NÃO
Qual(is)?**2D** – Assinale o que se pede :

PERGUNTA	SIM	NÃO	TEMA ?(citar aquele que considere mais importante)
D.1- Você já realizou alguma pesquisa científica ?			
D.2- Apresentou algum trabalho científico?			
D.3-Participou de algum evento como palestrante ou conferencista ?			
D.4- Você já teve algum trabalho científico publicado ?			

2E- Cite e enumere, em ordem de prioridade, os assuntos/ áreas de interesse você costuma buscar para se capacitar :

() Assuntos ligados diretamente ao meu trabalho ou que ampliem minhas possibilidades de emprego : _____

() Assuntos que me mantenham atualizado(a) : _____

() Áreas que aprofundem minha percepção crítica : _____

() Outros : _____

3- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL :**3A-** Trabalho / Cargo Atual : _____ Tempo : _____**3B-** Assinale as áreas que você já trabalhou , especificando o que se pede :

() Saúde Coletiva () Hospital

() Docência () Pesquisa

() Chefias / Cargos Gerência ou Gestor / Qual : _____

() Organização Não Governamental (OnG's) / Área : _____

() Clínicas de Enfermagem / Atuação como profissional liberal autônomo

* Detalhar : _____

() Outros : _____

3C- De modo geral, o Enfermeiro percebe remunerações menores que outros profissionais de saúde de nível superior. Enumere em ordem de importância os fatores que contribuem para este fato , assinalando "0" onde não houver relação

() O mercado de trabalho : muita demanda de profissionais e pouca oferta de emprego. Além disso, precarização do trabalho atual, neoliberalismo e globalização , geradoras de forte exclusão social ;

() Forte influência da *questão de gênero* na enfermagem, além de uma ideologia conservadora e pouco crítica presente na formação dos enfermeiros;

() Deficiência e/ou despreparo técnico do profissional ;

() Falta de um sindicato forte e organização da categoria . Pouca participação dos Enfermeiros nos processos decisórios do país

() OUTROS : _____

3D – As capacitações oferecidas para o enfermeiro, assim como nossa própria formação, primam pela proficiência técnica. Que outras dimensões e/ou assuntos seriam importantes para a formação / qualificação do enfermeiro ?

4- POSICIONAMENTOS

4.1 - Você já participou (ou participa) de alguma entidade de enfermagem, é (ou já foi) filiado a algum partido político , participa (ou já participou) de algum movimento social organizado ou reivindicação coletiva ?

() SIM (**informar de que forma você costuma participar**)

() NÃO Por quê? (**Justificar em ambas as respostas**)

4.2- Consideremos : A prática do Enfermeiro é palco de contradições, onde permeiam relações conflituosas , como divisão social do trabalho, confronto de poderes, subordinação histórica, disfunção burocrática do objeto de trabalho (cuidado), questões de gênero e caráter ideológico conservador da profissão. Na sua opinião, nós enfermeiros temos enfrentado estas contradições de maneira crítica e/ou organizada ? Justifique.

4.3- Tomemos a hipótese : Autonomia, enquanto conquista de poder, se constrói pela competência humana de inferir, modificar e reconstruir fatos e acontecimentos, conferindo-lhe relevância histórica e êxito participativo. Ser autônomo significa ser capaz de traçar sua própria trajetória , definindo espaços , projetos e oportunidades. Nós enfermeiros temos sustentado espaços de poder capazes de oferecer possibilidades autônomas às pessoas (incluindo nós mesmos) ? Comente.

4.4- Pontuemos : O Enfermeiro transita em diversos espaços onde acontece a prática do cuidar, sendo ator importante na atenção à saúde das pessoas. Que análise você faria sobre os seguintes tópicos :

a) Na **assistência**, nós enfermeiros temos cuidado das pessoas de modo a torná-las independentes deste cuidar (e através dele) ? Ou será que temos contribuído mais para transformar "o doente" em mero paciente ?

b) Digamos que se possa aceitar a seguinte idéia : As atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro (seja com alunos, usuários, agentes comunitários de saúde, aux. enf., enfermeiros, família, ou comunidade) constituem um importante espaço para que as pessoas se tornem mais autônomas, potencializando a construção de melhores oportunidades de vida. Porém, no geral, o modelo biomédico, hegemônico no setor saúde, tem dominado a prática da enfermagem e dificultado processos mais críticos de intervenção na realidade.

Classifique os itens abaixo colocando **C** onde você **concorda**, **D** onde **discorda**, **EP** onde você concorda apenas **em parte** e **NS** onde você **não souber** responder.

- () Nós enfermeiros temos uma formação pouco crítica, voltada mais para os aspectos técnicos da profissão ;
- () A influência da formação profissional do enfermeiro repercute em suas atividades educativas, reproduzindo relações de poderes pouco democráticas;
- () Nós enfermeiros valorizamos pouco a necessidade de aprofundar visões mais críticas da realidade e da prática profissional;
- () Nós enfermeiros refletimos pouco sobre nossa responsabilidade perante as desigualdades sociais;
- () As contradições conflituosas presentes no cotidiano da profissão nem sempre são discutidas a fundo pela enfermagem ;
- () OUTRAS _____

c) **O Enfermeiro tem assumido diversos cargos de gerência ou mesmo de gestor , principalmente no SUS.** Digamos que você fosse (ou estiver agora) **gestor** de sistema de saúde ou **gerente** de projetos estratégicos para a política de saúde do país.

Dos itens abaixo, destaque **3** que sejam **prioritários** para melhorar o acesso dos pobres à saúde:

- Construir e/ou equipar Hospitais com tecnologia de ponta, aumentando o número de leitos hospitalares e contratando mais profissionais de saúde ;
- Aumentar a rede de ambulatórios e especialidades do município ;
- Capacitar permanentemente os profissionais de saúde ;
- Investir em pesquisas e produção de conhecimento inovador para a área da saúde, ampliando as discussões acadêmicas sobre a formação profissional;
- Reorganizar a Atenção Básica, garantindo a vigilância à saúde ;
- Fortalecer os sistemas de referência e contra-referência do SUS;
- Aumentar a oferta de Planos privados de Saúde, tornando-os mais acessíveis aos pobres através de incentivos financeiros ;
- Fomentar a criação /estruturação dos Conselhos de Saúde e a permanente capacitação dos conselheiros, ampliando as formas de participação social;
- Articular-se com demais setores do município para formulação integrada de políticas sociais ;
- Elaborar Plano de Saúde de acordo com a realidade sócio-econômica do município, utilizando-o como instrumento de gerência e gestão
- OUTRAS _____

4.5- No Brasil, os pobres têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade . Costuma-se mesmo falar em "políticas públicas pobres para pobres" . Na sua análise, até que ponto nós enfermeiros fazemos parte do processo de reprodução desta desigualdade ?

#NOTA: _____

ANEXO 3- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

-CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA : breve referencia do entrevistado em relação a sua história de vida, projetos sociais coletivos e individuais, valores , hábitos e atitudes que mais o influenciam .

1-QUEM É VOCÊ (Citar três fatos que marcaram sua trajetória enquanto profissional e cidadão, ampliando a sua visão de mundo ?)

2- Os dados quantitativos da primeira etapa desta pesquisa, aplicação de questionários, mostram alguns resultados interessantes :

- Em relação as contradições presentes no cotidiano do enfermeiro, **60%** acham que **não** as temos enfrentado de maneira crítica e/ou organizada;
- Apesar de **30%** acharem que não temos sustentado espaços de autonomia, **48%** acreditam que **em parte** estes espaços estão sendo conquistados pelo enfermeiro.
- **45%** dos enfermeiros acham que temos cuidado das pessoas de modo a torná-las independentes do cuidar.

Tendo em vista este panorama, gostaria que vc analisasse comigo as seguintes questões :

2.1- Se **NÃO** temos enfrentado as contradições presentes no cotidiano da profissão de maneira crítica, é possível sustentarmos espaços de autonomia ?

2.2- É possível cuidarmos das pessoas de modo a torná-las independentes do cuidar quando a autonomia para nós ainda é um desafio ? Que conquistas são importantes para que possamos realmente traçar história própria, enquanto profissionais e cidadãos ?

3- Em relação ao acesso desigual aos serviços de saúde no Brasil, 62% dos enfermeiros afirmaram que fazíamos parte do processo de reprodução destas desigualdades. **Nas justificativas para este fato, muitos atribuíram a maior parcela desta responsabilidade ao governo** . Qual a sua opinião em relação este fato ? Como tem ocorrido a inserção do enfermeiro nas políticas de saúde do Brasil ?

4- Como nós, enfermeiros, podemos potencializar um agir comprometido com a emancipação ? Como se caracteriza este agir emancipatório ?

OBS : Aprofundar conceitos-chaves : AUTONOMIA – EMANCIPAÇÃO – QUALIDADE POLÍTICA – CUIDADO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. **O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez, 1989;
- ALBUQUERQUE, José A . G. , **Michel Foucault e a Teoria do Poder** , in : Tempo Social; Ver. Sociol. USP, S. Paulo, 7(1-2): 105-110, Out.1995;
- ANDERSON, P. **Balanco Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995;
- ARATO, e COHEN, J., **Sociedade Civil e Teoria Social in: Sociedade Civil e Democratização** (Coord.: Leonardo Aritzter), Livraria Del Rei, Belo Horizonte;
- BAUMAN, Z. , **"Modernidade e Ambivalência"**, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1999;
- BAUMAN, Z, **"Modernidade Líquida"**, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2001;
- BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), **"América Latina frente a la desigualdad"**, Washigton, 1998-1999
- BRANDÃO, C.R. **O ardil da Ordem**. 2.ed. Campinas : Papyrus, 1986;
- BOFF, L, **"Saber Cuidar- Ética do Humano"**, Vozes, São Paulo, 1999;
- CALDAS, R. W, "Introdução à Globalização : noções básicas de economia, marketing & Globalização", São Paulo: Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 1998;
- CAMPOS, G. S. W. **Reforma da Reforma – repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.;
- CAMPOS, G. S. W., Um método para análise e co-gestão de coletivos, São Paulo, Hucitec, 2000;
- CAPRA, Fritjof, **O Ponto de Mutação** , 18ª. ed, São Paulo :CULTRIZ ;
- CARDOSO, Ruth C.L. - **"Movimentos Sociais Urbanos : Balanco Crítico"**, in : sociedade e Política no Brasil pós-64, brasiliense, 1983 ;
- CARNOY, Martin – **"Estado e Teoria Política "**, Papyrus, São Paulo, 1986 ;
- CARVALHO, J. M. , **" A liberdade dos pós-modernos "**, in : Folha de São Paulo, caderno Mais !, 30.05.1999 ;

- CASTELLS, Manuel - '**Movimientos Sociales Urbanos**', siglo veintiuno editores, mimeo
- COUTINHO, Carlos N. – "**Dualidade de Poderes – Introdução à Teoria Marxista de estado e revolução** ", 2^a ed, ed. Brasiliense, São Paulo, 1987 ;
- COUTINHO, Carlos N. – "**GRAMSCI : Um estudo sobre seu pensamento político** ", 2^a ed, ed. Brasiliense, São Paulo, 1987 ;
- COIMBRA, M. A. Será que o Marxismo responde à pergunta de como surgem as políticas sociais?, in: Abranches, S.H et alli, **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987;
- DEMO, Pedro. **Pobreza Política**. 2.ed. São Paulo : Cortez, 1992,;
- _____ **Cidadania Menor : algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política**, 1^a. ed, Vozes: 1992a ;
- _____ **Participação é Conquista: noções de política social participativa**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993 ;
- _____ **Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida**, 1^a. ed, Autores associados, 1995;
- _____ **Metodologia Científica em Ciências Sociais**, 3^o edição, Ed. Atlas , São Paulo, 1995a
- _____ . **Combate à Pobreza** , 1^a. ed., Campinas : Autores Associados, 1996;
- _____ **Política Social, Educação e Cidadania**, 2^a. ed, Papyrus, 1996a;
- _____ **Conhecimento Moderno**, 1^o ed., Vozes : 1997;
- _____ **Pesquisa e Construção do Conhecimento - Metodologia Científica no caminho de Habermas**, Rio de janeiro, Tempo Brasileiro, 1997a;
- _____ '**A nova LDB: ranços e avanços**', Campinas, Papyrus, 1997b;
- _____ **Questões para Teleeducação** , 1^o ed, Vozes : 1998;
- _____ "**Educar pela pesquisa**", Ed. Autores Associados, Campinas- SP, 1998a;
- _____ "**Metodologia do Conhecimento Científico**", ed. Atlas, São Paulo, 2000;

- _____ **"Política Social do Conhecimento : Sobre futuros do combate à pobreza"**, Vozes, Rio de Janeiro, 2000a
- _____ **"Educação pelo avesso : assistência como direito e como problema"**, São Paulo, Cortez, 2000b;
- _____ **"Saber Pensar"**, São Paulo, Cortez : Instituto Paulo Freire, 2000c (guia da escola cidadã nº6);
- DRAIBE,S.M., **"As Políticas Sociais Brasileiras: diagnósticos e perspectivas de políticas públicas"**. Vol.4, Políticas Sociais e Organização do Trabalho, Brasília:IPEA/IPLAN, março de 1990 ;
- EGRY, E. Y. **"Saúde Coletiva : Construindo um novo método em Enfermagem"**, São Paulo, Icone, 1996;
- ENRIQUEZ, Eugene, **A Organização em Análise** , Petrópolis, Vozes, 1997, *A Teoria Freudiana e a sua Contribuição ao Estudo das Organizações*;
- ESPING-ANDERSON, G, **"As três Economias Políticas do welfare state"**, in: Revista Lua Nova nº 24, São Paulo, marçozero/CEDEC, setembro, 1991
- FALEIROS, Vicente de Paula, **O saber Profissional e o Poder Institucional**, 2ª. ed, São Paulo: Cortez, 1987;
- FALEIROS, V. P. **Política Social do Estado Capitalista**, São Paulo: Cortez, 2000;
- FALEIROS, Vicente de Paula - **Desafios do Serviço Social na Era da Globalização**, Papper ;
- FILHO, José Galish - **O Ocidente Brasileiro**, Folha de São Paulo, Caderno Mais! (em 23.05.1999) ;
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979,
- FOUCAULT, M., "Vigiar e Punir", 20ª ed, Petrópolis, Vozes, 1999
- FREIRE, Paulo, **Política e Educação**. São Paulo: Cortez , 1993;
- GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1985;
- GERMANO, R. M. **Ética e o ensino de Ética na Enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993;

- GEORGE, J.B et all, "**Teorias de Enfermagem – os fundamentos à prática profissional**", 4^aed., Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000
- GIL, Antonio Carlos Gil, **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 3^a. ed, São paulo: ATLAS , 158 p;
- GIDDENS, A , **Política, Sociologia e Teoria Social - Encontros com o Pensamento social Clássico e Contemporâneo**, UNESP editora, São Paulo, 1998, p 1-65;
- GOHN, Ma. da Glória M. **Movimentos Sociais e Educação**. São Paulo: Cortez, 1992, 117p;
- GONH, Ma. da Glória, '**Reivindicações Populares Urbanas**', ed. Cortez / autores associados, São Paulo, 1982 ;
- GONH, Ma. da Glória, '**História dos movimentos e lutas sociais - a construção da cidadania dos brasileiros**', ed. Loyola, São Paulo, 1995;
- GRAMSCI, Antônio - **Os Intelectuais e a organização da Cultura** , Rio, Civilização Brasileira, 1979 - *A Formação do Intelectuais* ;
- GRUPPI, Luciano – "**Tudo Começou com Maquiavel – As concepções de estado em Marx, Engels, Lenin e Gramsci** ", LeM, 10ed, 1986;
- HAGUETE, M. T. F. , "**Dialética Hoje**", Petrópolis-RJ, Vozes, 1990;
- HAGUETE, M. T. F., "**Metodologias Qualitativas na Sociologia**, Petrópolis-RJ, Vozes, 1995;
- HURTADO, Carlos Nunez. **Educar para transformar, Transformar para Educar:Comunicação e Educação Popular** . Petrópolis : Vozes, 1992;
- JUNIOR, João Fco. Duarte. **O que é Realidade ?** . 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986, (Coleção Primeiros Passos);
- KONDER, Leandro. **O que é Dialética**. São Paulo : Brasiliense, 1993, (Coleção Primeiros Passos);
- LACLAU, Ernesto - "**Os Novos Movimentos Sociais e a Pluralidade do Social**", rbc, n^o2, v.1, out, 1996;
- LEBRUN, Gérard. **O que é Poder** . São Paulo : Brasiliense, 1984, p.7-27 , (Coleção Primeiros Passos);
- LEITE, E. **Dinâmica Evolutiva do Processo Criativo**. in: Criatividade - Expressão e Desenvolvimento. Petrópolis : Vozes, 1994, p.205-228;

- LESBAUPIN I (Org.), "**O Desmonte da nação : Balanço do governo FHC**", 2º ed., Petrópolis-RJ, Vozes, 1999
- LIMA, S. A. B. **O Cotidiano e a Participação Social**. in: Participação Social no Cotidiano. São Paulo : Cortez, 1981;
- LIMA, Lauro de Oliveira. **Treinamento em Dinâmica de Grupo**. 2.ed. Petrópolis : Vozes, 1979 , p.37-48;
- JORGE, J. S. **Psicologia e Dinâmica da Vida em Grupo**. 2.ed. São Paulo : Loyola, 1983, 88p.;
- MAO, Tsé-Tung. **Pensamento de Mao Tsé-Tung: sobre a prática, a contradição , a ARTE e a literatura**. Trad.:João Ricardo C. Moderno . Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1979;
- MAIA, Antônio C.- **Sobre a Analítica do Poder em Foucault**, in : Tempo Social; Ver. Sociol. USP, S. Paulo, 7(1-2): 83-103, Out.1995;
- MARSHAL,T.H., "**Cidadania e Classe Social, in: Cidadania, Classe Social e status**". Rio de janeiro: Zahar, 1967 ;
- MELUCCI, Alberto- ` **Que hay de nuevo en los nuevos movimientos sociales ?** ", mimeo ;
- MELO, C, **Divisão Social do trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.), "**Distrito Sanitário: O Processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde**", São Paulo/Rio de Janeiro. Hucitec/ABRASCO, 1993 (310p);
- MENDES, E. V., "**Uma Agenda Para a Saúde**", São Paulo, Hucitec, 1996;
- MINAYO, Ma. Cecília de Souza - "**O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde** ", São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992;
-
- "Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade"**, Petrópolis, vozes, 1994;
- MIZUKAMI, Ma. da Graça Nicoletti. **Ensino- As abordagens do Processo**. São Paulo : EPU, 1986, 119p;
- NAKAMAE, D. D. **Novos Caminhos da Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987;
- NAVARRO, V. **Neoliberalismo y Estado del bienestar**. Barcelon: Ariel, 1998;

- NETO, L., **O Poder e a Peste – A vida de Rodolfo Teófilo**, Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1999
- OFFE, C. Algumas contradições do Estado Social Moderno, in: **Trabalho e Sociedade : problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Universitário, 1991;
- OLIVEIRA, F.V.S, "**Associação Brasileira de Enfermagem: Mudanças e Continuidades – A Propósito do Movimento participação (1979/1989)**". Natal, 1990, Dissertação (mestrado em Ciências Sociais), Centro de Ciências humanas, letras e artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
- ORLANDI. E. P, "**Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos**", Campinas, SP: Pontes, 3º ed, 2001;
- _____, "**Interpretação- Autoria, Leitura e efeitos do trabalho simbólico**", 3º ed, Petrópolis : vozes, 2001;
- OPS, "**Serviços de Enfermería para Contribuir al Logro de la equidad, el Acceso, La calidad Y Sustentabilidad de Los Servicios de Salud**, Março, 2001;
- OPS, "**Plan de Desarrollo de Enfermería para América Latina : una Proposta**", 1996;
- OPS, Escritório de Representação no Brasil, "**A saúde no Brasil**", Brasília, Novembro, 1998;
- PAOLI, Ma. Célia - "**As Ciências Sociais, os Movimentos Sociais e a questão do Gênero**" in : Novos Estudos, nº 31, Out. 1991;
- PAOLI, Ma. Célia, "**Movimentos Sociais; Cidadania e espaço Público - Ano 90**" , in : Humanidades 30, Ed. UnB, v.8, nº4, 1992;
- POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**, Rio de Janeiro: Campus, 1980;
- PEREIRA, Otaviano, "**O que é Teoria**", 5a. ed., Brasiliense, São Paulo, 1982, (92p);
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**, São Paulo: Cortez, 1989;
- PIRES, D. "**Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**", São Paulo:Cofederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social- CUT; Annablume,1998;

- PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO),
"Relatório de Desenvolvimento Humano-1997", Home page
(www.undp.org.br) 1997;
- PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO),
"Relatório de Desenvolvimento Humano-1998", Trinova editora, Lisboa,
1998 ;
- PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO),
"Relatório de Desenvolvimento Humano-1999", Home page
(www.undp.org.br)1999;
- PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO),
"Relatório de Desenvolvimento Humano-2000", Ed. Trinova, Lisboa,
2000;
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de, **"Saúde: Dialética do Pensar e do Fazer"**,
Cortez, São Paulo, 1989;
- SADER, Eder - **'Quando os Novos personagens entram em cena'**, 3ºed, Paz
e Terra, Rio de Janeiro;
- SACHS, W., **"Dicionário do Desenvolvimento : guia para o conhecimento
como poder"**, Petrópolis, RJ, Vozes, 2000;
- SANTOS, Boaventura de Souza, **Pela Mão de Alice - O social e o político na
pós-modernidade**. 2.ed, São Paulo : Cortez, 1997;
- SANTOS, Boaventura de Souza , **"Reinventar a Democracia"**, Ed. Gravia,
cadernos Democráticos, Lisboa, 1998;
- SCHERER-WARREN, Ilse - **'Cidadania sem Fronteiras - Ações Coletivas na
Era da Globalização'**, Hucitec editora, São Paulo, 1999, 95p ;
- SCHERER-WARREN, Ilse - **" Redes de Movimentos Sociais"**, edições Loyola, 2º
ed., 1993, 143p ;
- SENA-CHOMPÉ, R. R., **"A enfermagem no projeto UNI:redefinindo um novo
projeto político para a enfermagem brasileira"**, São Paulo: HUCITEC,
1998
- SILVA, Graciete Borges da, **"Enfermagem Profissional - Análise Crítica"**,
Cortez, São Paulo, 1986 (143p);
- SILVA, Ma. Elizabeth Kleba et al., **"Enfermagem e Cidadania : Reflexões
acerca das Políticas Sociais"**, Rev. Texto e Contexto, Florianópolis, 1(1):74-
88, Jan/Jun. 1992;

- SILVA, C.J. **Criatividade: Bem-me-quer, Mal-me-quer.** in: Criatividade - Expressão e Desenvolvimento. Petrópolis : Vozes, 1994, p.73-95;
- SOARES, Vera, **"Feminismo e OnG"** in : O impacto social do trabalho das OnG's no Brasil;
- THOMPSON, J. B, **"Ideologia e Cultura Moderna"- Teoria Social Crítica na era dos meios de comunicação de massa"**, Petrópolis, Vozes, 1995;
- TEIXEIRA, Sônia Fleury,(Org.) **"Reforma Sanitária: Em Busca da de uma teoria"**, São Paulo, Cortez, 1989;
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva, **"Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais : A Pesquisa Qualitativa em Educação"**, Atlas, São Paulo, 1987;
- WEBER, B. T. **As artes de Cuidar –Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense-1889-1928"**, Santa Maria:ed. UFSM, Bauru:EDUSC,1999;
- www.mec.gov.br (Home Page)
- www.saude.gov.br (Home Page)
- www.portalcofen.gov.br (Home Page)
- www.undp.org.br (Home Page)
- VASQUEZ, S. A. **Filosofia da Praxis.** Trad. de Luis Fernando Cardoso. 4.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra,1977;
- VIRGOLIM, A. M. R. e ALENCAR, E.M. L. S. (org.). **Criatividade: expressão e Desenvolvimento.** Petrópolis : Vozes, 1994;
- VIANA, M. L, Política versus Economia : notas (menos pessimistas) sobre globalização e estado de Bem-estar social. In: **A Miragem da Pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

