



ELISABETA ALBERTINA NIETSCHÉ

**TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA:
POSSIBILIDADE OU IMPOSSIBILIDADE
PARA A PRÁXIS DE ENFERMAGEM ?**

ELISABETA ALBERTINA NIETSCHE

**TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA: POSSIBILIDADE
OU IMPOSSIBILIDADE PARA A PRÁXIS DE
ENFERMAGEM ?**

FLORIANÓPOLIS - BRASIL -SC

1999

**TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA: POSSIBILIDADE
OU IMPOSSIBILIDADE PARA A PRÁXIS DE
ENFERMAGEM?**

por

ELISABETA ALBERTINA NIETSCHE

**Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina para obtenção do Título de
Doutor em Filosofia de Enfermagem**

FLORIANÓPOLIS - BRASIL - SC

1999

N677t Nietzsche, Elisabeta Albertina
Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?
Elisabeta Albertina Nietzsche. Florianópolis, 1999.
389 p.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

1. Enfermagem..
 2. Emancipação.
 3. Tecnologia.
- I. Título.

CDU 616-083

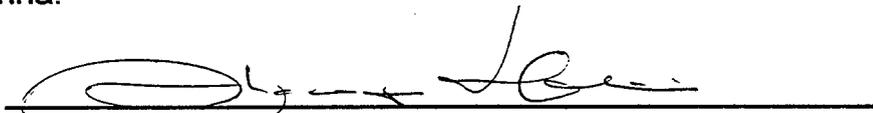
Ficha catalográfica elaborada por
Luzia de Lima Sant'Anna, CRB-10/728
Biblioteca Central da UFSM

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

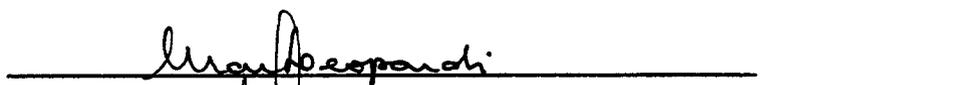
TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA: POSSIBILIDADE OU IMPOSSIBILIDADE
PARA A PRÁXIS DE ENFERMAGEM?

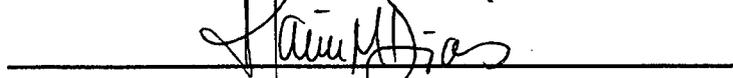
ELISABETA ALBERTINA NIETSCHÉ

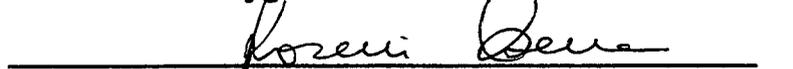
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do TÍTULO de DOUTOR em Filosofia de Enfermagem e aprovada em sua forma final em 05/02/1999, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

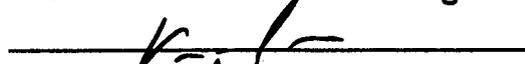

Profª Enfª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:


Profª Enfª Drª Maria Tereza Leopardi - Orientadora/ Presidente


Profª Enfª Drª Lygia Paim Müller Dias - Membro


Profª Enfª Drª Roseni Rosângela de Sena - Membro


Profº Dr. Volnei Garrafa - Membro


Profª Drª Sandra N. C. Caponi - Membro

*Aos meus sobrinhos Livia, Günther,
Thais, 'Mariana', 'Giana', que com sua
felicidade e alegria iluminam e elevam o meu
mundo e aos profissionais da enfermagem,
dedico este trabalho.*

RESUMO

TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA: POSSIBILIDADE OU IMPOSSIBILIDADE PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM?

Autor: Elisabeta Albertina Nietsche

Orientador: Prof^a Enf^a Dr^a Maria Tereza Leopardi

Este estudo apresenta uma caminhada longa, complexa, desafiadora e cuidadosa do tema, enfocando a **tecnologia emancipatória**, *entendida como a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e de cidadania, tendo como condição a possibilidade de experienciar liberdade, autonomia, integridade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida, de modo que os envolvidos possam encontrar a sua auto-realização*. Teve como objetivos: caracterizar o saber produzido pela enfermagem, evidenciando suas possibilidades emancipatórias e construir indicadores de avaliação das tecnologias de enfermagem, de modo que evidenciem sua possibilidade emancipatória. Para sua concretização construí um referencial teórico que auxiliou na elucidação dos conceitos de técnica e tecnologia, com uma variedade de proposições. Defini, então, minha posição sobre o assunto, considerando o processo de emancipação, como o constructo básico da tecnologia emancipatória, cujos componentes constituintes são: o exercício da consciência crítica, de cidadania, liberdade e autonomia. Abordo, ainda, as tecnologias do 'eu' e a tecnologia 'pastoral' de Foucault, além de discorrer sobre a tecnologia na saúde e na prática profissional do enfermeiro e suas relações com o processo de trabalho. É uma pesquisa empírica, do tipo descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. O caminho metodológico constituiu-se de pré-análise, em que foram delimitados os campos de análise, fontes dos dados e amostra, consideradas as publicações das Revistas

Brasileiras de Enfermagem, Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, Anais dos Seminários Nacionais de Pesquisa em Enfermagem e Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores de Enfermagem, no período de 1986 à 1995, perfazendo um total de 1533 trabalhos. Foram também estabelecidos os critérios de análise e classificação dos mesmos, ou seja: identificação e tipo de texto, procedimentos e controles sugeridos sobre a atividade, classificação das tecnologias do 'eu' de Foucault e classificação das tecnologias específicas de enfermagem. Foram analisadas cento e doze proposições tecnológicas, e destas, onze não apresentaram nenhum componente aparente de emancipação, enquanto que cento e uma continham alguns deles. A exploração do material consistiu de operações, de acordo com Bardin, sendo observados o recorte, a enumeração e a classificação e agregação. Os fragmentos de discursos enunciados nos artigos, dissertações e teses lidos, foram organizados por semelhanças, de forma a constituir os elementos associados a cada componente de tecnologia emancipatória, com elaboração de quadros e figuras representativas do material empírico, do que emergiu uma síntese transportada para a práxis de enfermagem, num processo de ação-reflexão-ação, apresentando algumas sugestões. Retomei o problema, a tese e os objetivos anteriormente descritos. Confirmando a tese de que a tecnologia emancipatória é uma possibilidade para a práxis de enfermagem na construção de sujeitos que sejam co-partícipes no processo de cuidar para uma vida saudável.

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

Autor: Elisabeta Albertina Nietzsche

Orientador: Enf^a Dr^a Maria Tereza Leopardi

Título: **TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA: POSSIBILIDADE OU IMPOSSIBILIDADE PARA A PRÁXIS DE ENFERMAGEM?**

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem

Florianópolis, SC, 05/02/1999

ABSTRACT

EMANCIPATORY TECHNOLOGY: A POSSIBILITY OR AN IMPOSSIBILITY FOR THE NURSING PRAXIS?

Author: Elisabeta Albertina Nietsche

Adviser: Prof^a Nurse Dr^a Maria Tereza Leopardi

This research presents a long, complex, challenging and careful study of the theme, focusing on the **emancipatory technology**, here understood as the comprehension and application of the knowledge and the presuppositions, that when ethically articulated, make it possible for the individuals to think, to reflect, to act, making them the actors of their existential process, in a perspective of critical awareness and citizenship, conditioned to the possibility of experiencing liberty, autonomy, integrity and aesthetics, in the search for quality of life, so that the ones involved in this process may find their self-fulfillment. The study has had as its objectives: to characterize the knowledge produced by the nursing science, thus stressing its emancipatory possibilities and to build nursing technology evaluation marks, so that its emancipatory technology can be demonstrated. For its substantiation I built theoretical references which have helped me to elucidate the concepts of technique and technology, with a variety of propositions. I then defined my position about the subject matter, considering the emancipatory process as the basic emancipatory technology construct, whose constituents are: to exercise the critical consciousness, the citizenship, the liberty and the autonomy. I also discuss the "I" technologies and the "pastoral" technology of Foucault; besides this I examine the technology in the health system and in the professional practice of the nurse and its relationship to the work process. It is an empirical research, descriptive-exploratory, with a qualitative approach. The methodology consisted of a pre-analysis, in which the analysis fields were delimited, sources of data and sample were made explicit, the publications of the Brazilian Journals of Nursing, the Brazilian Congresses

Annals, the National Seminars of Research on Nursing Annals and Information about Researches and Researchers were considered from 1986 until 1995, with a total of 1533 researches. The criteria for the analysis and classification of the researches were also established, that is: the identification and the type of the text, procedures and suggested controls over the activities, classification of the Foucault "I" technologies, and classification of the specific nursing technologies. One hundred and twelve technological propositions were analyzed and from those, eleven have not presented any visible aspect of emancipation, while one hundred and one contained some aspects of liberation. The material exploration consisted of operations, following Bardin, being observed the parts, the enumeration, the classification and the aggregation. The pieces of the discourses presented in the articles, dissertations and theses, were organized by similarities, thus forming the elements associated to each one of the components of the emancipatory technology, with the demonstration of the tables and figures representing the empirical material, from which it was created a synthesis which was carried to the nursing practice, in a process of action-reflection-action, presenting some suggestions. I then recaptured the problem, the thesis and the objectives described before. I confirm the thesis that the emancipatory technology is a possibility for the nursing practice to form individuals who are co-participants in the process of building a healthy life.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
CENTER OF HEALTH SCIENCE / NURSING DEPARTMENT
GRADUATE COURSE IN NURSING**

Author: Elisabeta Albertina Nietsche

Adviser: Nurse Dr^a Maria Tereza Leopardi

Title: **EMANCIPATORY TECHNOLOGY: A POSSIBILITY OR AN
IMPOSSIBILITY FOR THE NURSING PRAXIS?**

Ph. D. Thesis in Nursing Philosophy

Florianópolis, SC, 05/02/1999

AGRADECIMENTOS

Se de todas as partes, mãos amigas não tivessem se estendido para me ajudar, jamais teria colhido a alegria da realização deste trabalho. Por isso, meus sinceros agradecimentos:

A Deus, presença constante em minha vida e luz que sempre iluminou meus passos mesmo quando esses passaram por momentos turbulentos.

Aos meus pais Alvino e Lúcia, que com simplicidade e humildade investiram em mim com carinho e amor e estimularam sempre a estudar, pois segundo eles essa é a melhor herança que se possa deixar aos filhos.

À mestre, educadora, amiga, conselheira e orientadora Tete, exemplo de ser humano que com sensibilidade, compreensão e ética sempre soube mostrar o caminho que deveria seguir para atingir meu amadurecimento pessoal e profissional. Serei eternamente grata. Você é insubstituível, continue sempre a socializar sua sabedoria e o amor.

À 'mana' Vânia, companheira na busca do desafio de cursar juntas o doutorado e em todos os momentos difíceis e alegres que passamos. Minha eterna gratidão, carinho e amizade.

À 'mana' Rosenara, que sempre esteve presente no meu caminho, principalmente nos momentos mais difíceis. Meu apreço e consideração.

À mano Ildo e família, que mesmo distante de mim, ofereço o meu esforço, dedicação e renúncia em prol de nossa união e amor.

Aos amigos de todas as horas: Rosenara, Renan, Rosa, Melquiades, Vânia, Ademair, Vânia Olivo, Clair, Iole, Luiz, Christel, Rose, Ana, Lory, Terexinha, Ângela, Deisy, Norma e outros que sempre souberam dar uma palavra de apoio.

Aos meus familiares Neuxa, Alda, Flávio, Juliana, Anna Cláudia, que sempre proporcionou-me um convívio de clima familiar, estimulando-me a ir em frente no meu caminho e pela infraestrutura dada oportunizou-me a tranqüilidade para realizar o Curso de Doutorado. Obrigada por vocês existirem em minha vida.

A todos os colegas e amigos que conviveram durante o meu período de afastamento e aqueles que acompanharam à distância. A convivência, a amizade, o apoio, a compreensão e a crítica construtiva de vocês, foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e conseqüentemente na realização deste trabalho.

À Prof^{te} e amiga Lygia, que sempre trocou idéias no sentido de buscar outras pessoas e representantes de instituições que de uma ou de outra forma estivessem envolvidas com a temática deste trabalho, além da gentileza da cedência do material bibliográfico da Grupo de Pesquisa GIATE e pessoal. Obrigada ao estímulo, confiança, afeto e amizade.

Ao professor Carmona Gutiérrez, que com sua experiência de vida, ofereceu-me subsídios para o engrandecimento deste trabalho.

Obrigada por permitir ter acesso à sua sabedoria.

À Prof^{te} Enf^{te} Dr^a Eivira De Felice Souza, uma pioneira em tecnologias de Enfermagem no Brasil, pelo compartilhamento neste estudo e pela condição ética emancipatória que por viver, exemplifica.

À Eli, Marcelo, Clarinda, Jurema e Cátia, que são pessoas que de uma ou de outra forma permitiram a realização deste trabalho, fornecendo-me a infra-estrutura familiar, com carinho e dedicação.

À Lúzia e Márcia, que com competência e dedicação, sempre deram o apoio de digitação em todos os trabalhos realizados durante o curso e à Solange, que preparou a apresentação do trabalho final com competência e carinho.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UFSM, que acreditaram e permitiram com que cursasse o Doutorado, meu afeto e carinho.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa - PRÁXIS, que me estimularam, através de discussões e reflexões de vários assuntos temáticos, a crescer e me tornar mais pessoa.

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem da UFSC, pelo convívio familiar proporcionado.

Aos profissionais de saúde Regina, Cláudio, Jacintho, Rocca, Tiberê, Tânia, entre outros, que me acompanharam nos momentos difíceis durante esta caminhada.

À Rede de Pós-Graduação da Região Sul - REPENSUL, na pessoa da Prof^a Dr^a Enf^a Maria de Lourdes de Souza, que sempre incentivou e proporcionou através da Rede a buscar o Curso de Pós-Graduação.

Ao Grupo ESPENSUL , que me ajudou a crescer como pessoa e profissional num trabalho que exige garra, perseverança, construção, amor, busca, aperfeiçoamento, partilha, integração, para que o sonho desse trabalho continuasse perpetuando-se além das fronteiras.

À Direção da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM , Centro de Ciências da Saúde e à Pró-Reitoria de Pós-Graduação que oportunizaram minha saída para poder cursar o Doutorado. Quero, aqui, expressar um agradecimento especial ao Prof. Clóvis Lima que sempre estimulou, lutou e acreditou para que pudesse realizar mais esta busca.

A todos os mestres que com sua sabedoria auxiliaram-me na minha caminhada para a busca cada vez mais, de meu amadurecimento pessoal e profissional.

À direção, funcionários - destaque especial à Marlene e colegas da Fundação Casa do Professor de Santa Catarina - FUCAPRO, que me acolheu com carinho durante o período do doutoramento, fornecendo-me as condições básicas para isso.

A todos os autores dos trabalhos selecionados e avaliados que foram as fontes de dados para que esse estudo pudesse ser realizado.

A ABEn - Nacional, na pessoa da Patrícia Gomes de Oliveira que com disponibilidade, amor e carinho atendeu meus 'clamores' da busca do material.

Ao MEC-CAPES, pela bolsa concedida, sem a qual não teria condições materiais de cursar o Doutorado.

A todos aqueles que de uma ou de outra forma, direta ou indiretamente participaram na construção desse trabalho.

*Se quisermos que a tecnologia seja usada criativamente para benefício da humanidade como um todo, precisaremos de um público esclarecido e apto a avaliá-la imparcialmente.
... Algo que não temos atualmente*

(Kneller, 1980: 268 –269).

SUMÁRIO

LISTAS

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	xiii
AGRADECIMENTOS	xvii
LISTA DE TABELAS	xxxi
LISTA DE FIGURAS	xxxiii
LISTA DE QUADROS	xxxv
LISTA DE ANEXOS	xxxvii
1 - A PARTIDA: APRESENTAÇÃO DO CAMINHO PERCORRIDO	01
2 - CAMINHO TEÓRICO	13
2.1 - TÉCNICA E TECNOLOGIA: Perspéctico Conceitual de Alguns Autores	15
2.1.1 - Tecnologias do 'eu' e a Tecnologia 'Pastoral', na perspectiva de Foucault	33
2.1.1.1 - As Tecnologias do 'eu'	33
2.1.1.2 - A Tecnologia Pastoral: conjunto de mecânicas de governo	37
2.1.2 - Tecnologia Apropriada: um enfoque a ser considerado	47
2.2 - TECNOLOGIA NA SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO E SUAS RELAÇÕES COM O PROCESSO DE TRABALHO: Buscando algumas Aproximações	54
2.2.1 - As Práticas de Saúde Instintivas	54
2.2.2 - As Práticas de Saúde Mágico-Sacerdotais	59
2.2.3 - As Práticas de Saúde no Alvorecer da Ciência	62
2.2.4 - As Práticas de Saúde Monástico-Medievais	64
2.2.5 - As Práticas de Saúde Pós-Monásticas	68
2.2.6 - As Práticas de Saúde no Mundo Moderno e Contemporâneo: enfocando a Medicina e a Enfermagem	72

2.3 - O SABER EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA	86
2.3.1 - O Saber da Medicina como Tecnologia	92
2.3.2 - O Saber da Enfermagem como Tecnologia	97
2.4 - O SABER DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA	
EMANCIPATÓRIA: um Caminho em Construção	107
2.4.1 - Emancipação: o Constructo básico da Tecnologia	
Emancipatória	108
2.4.1.1 - Emancipação e Consciência Crítica	117
2.4.1.2 - Emancipação e Cidadania	123
2.4.1.3 - Emancipação e Liberdade	128
2.4.1.4 - Emancipação e Autonomia	135
2.4.2 - Tecnologia Emancipatória: uma Perspectiva de Transformação .	139
3 - CAMINHO METODOLÓGICO	145
3.1 - PRÉ-ANÁLISE	148
3.1.1 - Delimitação do Campo de Análise	148
3.1.2 - Fontes dos Dados e Amostra	149
3.1.3 - Critérios de Análise e Classificação	155
3.1.3.1 - Primeiro Momento Classificatório	156
3.1.3.2 - Segundo Momento Classificatório	157
3.1.3.3 - Terceiro Momento Classificatório	158
3.1.3.4 - Quarto Momento Classificatório	159
3.2 - A EXPLORAÇÃO DO MATERIAL	160
3.2.1 - Determinação dos Extratos de Discursos Enunciados nos	
Artigos, Dissertações e Teses lidos, de acordo com os	
Componentes da Tecnologia Emancipatória apresentados	
no ‘Quadro Conceituai Proposto’ e desenvolvido conforme	
os critérios anteriormente estabelecidos	161
3.2.2 - Organização dos Registros por Semelhanças no Discurso, de	
forma a constituir os Elementos Associados a cada	
Componente de Tecnologia Emancipatória com elaboração	
de Quadros e Figuras representativas do Material Empírico	167
3.3 - O TRATAMENTO DOS RESULTADOS, A INFERÊNCIA E A	
INTERPRETAÇÃO	168
3.3.1 - Descrição, Análise, Inferência e Interpretação dos Resultados	
com base no Referencial Teórico, na Literatura e no quadro	
referencial proposto	169

4 - CAMINHO DA DESCRIÇÃO, ANÁLISE E INFERÊNCIA DOS DADOS...	173
4.1 - ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO	176
4.1.1 - Primeiro Momento Classificatório: identificação e tipo de texto ..	176
4.1.2 - Segundo Momento Classificatório: procedimentos e controles...	181
4.1.3 - Terceiro Momento Classificatório: classificação de Foucault	184
4.1.3.1 - Tecnologias de Produção	184
4.1.3.2 - Tecnologias de Sistemas de Signos	186
4.1.3.3 - Tecnologias do Poder	188
4.1.3.4 - Tecnologias do Eu.....	189
4.1.4 - Quarto Momento Classificatório: tecnologias específicas de enfermagem.....	194
4.1.4.1 - Tecnologias do Cuidado	195
4.1.4.2 - Tecnologias de Concepções	197
4.1.4.3 - Tecnologias interpretativas de Situações de clientes	199
4.1.4.4 - Tecnologias de Administração	200
4.1.4.5 - Tecnologias de Educação.....	201
4.1.4.6 - Tecnologias de Processos de Comunicação	203
4.1.4.7 - Tecnologias de Modos de Conduta	204
4.2 - EXPLORAÇÃO DO MATERIAL.....	209
5- CAMINHO DA REFLEXÃO	273
6- A CHEGADA.....	299
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	303
8 - ANEXOS	325

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos Componentes Emancipatórios	215
---	------------

LISTA DE FIGURAS

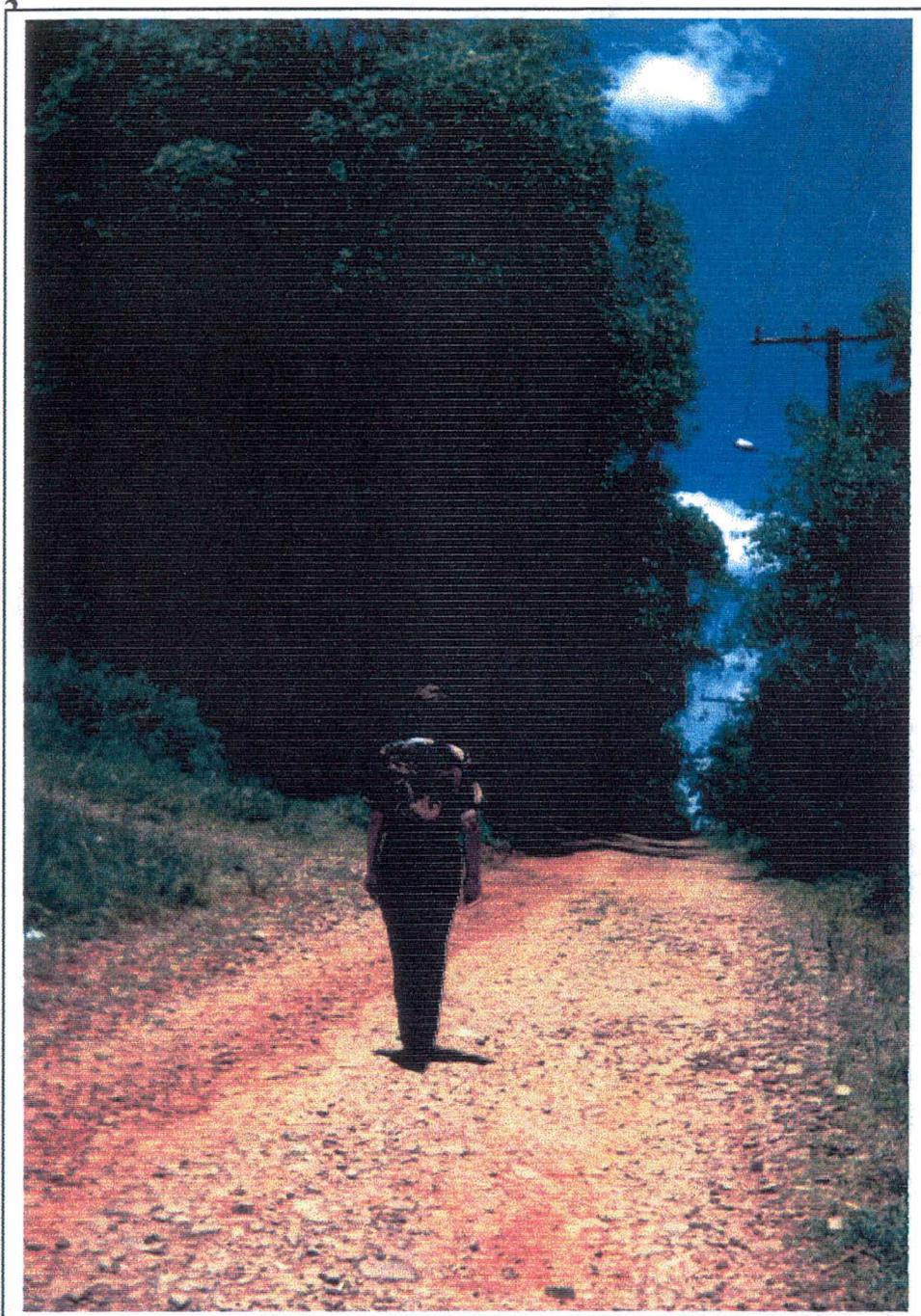
FIGURA 1 – Representação esquemática da concepção de emancipação	110, 162
FIGURA 2 – Representação esquemática das características da tecnologia emancipatória	142, 170
FIGURA 3 – Resultados em relação ao componente emancipatório da consciência crítica e seus elementos	217
FIGURA 4 – Resultados em relação ao componente emancipatório da cidadania e seus elementos	232
FIGURA 5 – Resultados em relação ao componente emancipatório de liberdade e seus elementos	251
FIGURA 6 – Resultados em relação ao componente emancipatório de autonomia e seus elementos	262

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Paralelo entre as Tecnologias do ‘eu’ e a Tecnologia ‘Pastoral’	45
QUADRO 2 – Referência para categorização dos inventos utilizada pelo GIATE	106
QUADRO 3 – Concepções acerca da consciência na perspectiva de alguns filósofos	118
QUADRO 4 – Demonstração do número de Tecnologias e Não Tecnologias nas fontes consultadas	176
QUADRO 5 – Demonstração dos Tipos de Textos	181
QUADRO 6 – Demonstração de Procedimentos e Etapas	183
QUADRO 7 – Tipo de Controle sugerido sobre a Atividade	183
QUADRO 8 – Classificação das Tecnologias de Enfermagem segundo a Tipologia de Foucault	192
QUADRO 9 – Tipologias Tecnológicas Específicas de Enfermagem	207
QUADRO 10 – Potencial Emancipatório apresentado nas Tecnologias de Enfermagem propostas	210
QUADRO 11 – Classificação do Potencial Emancipatório das Tecnologias	213

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Cálculo para encontrar a amostra utilizada do CEPEn.....	327
ANEXO 2 – Ficha de catalogação da produção científica da Enfermagem	333
ANEXO 3 – Catalogação das proposições tecnológicas avaliadas	337



1 – A PARTIDA: APRESENTAÇÃO DO CAMINHO PERCORRIDO

*«O homem é o ser que tem de estar inventando ou
criando constantemente novas soluções*

(Vázquez, 1990: 47).

A construção desse trabalho tem sua partida, com uma colocação sumária de minha trajetória acadêmica em relação ao tema ora colocado, bem como a apresentação da importância, justificativa, enunciação do problema, tese e dos objetivos e também de todo o caminho percorrido, no sentido de localizar o leitor no mesmo.

Durante a minha trajetória do mestrado em Educação Brasileira, tive como impulso norteador as seguintes palavras de Rays (1989: 27):

pensar para repensar... repensar para agir... agir para transformar... onde o pensar para repensar é o início de toda a ação que se preocupa com o agir depois de pensar para repensar, cuja finalidade objetiva e material será transformar algo situado a partir do agir.

Acreditando e refletindo sobre esses aspectos é que me lancei a buscar mais... ir além do meu dia a dia, enquanto educadora e profissional de saúde, para buscar algo que transcenda às práticas tradicionais de enfermagem, quando focaliza o ser humano como um ser fragmentário, acrítico, alienado e submisso, experimentando alternativas que permitam entendê-lo como um ser integral, criativo, imaginativo, crítico, participativo, livre, cidadão emancipado. Por isso, permiti-me ousar num novo desafio: buscar o curso de Doutorado e trabalhar a temática *tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?* Espero que a mesma possa se constituir num meio que possibilite e auxilie a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, ou seja, torne-se tecnologia emancipatória. É oportuno, neste momento, esclarecer o leitor sobre a direção tomada para o desenvolvimento da pesquisa e análise dos dados obtidos. *Tecnologia emancipatória, aqui, é entendida como a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos, pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu próprio processo existencial, numa perspectiva de exercício de*

'caldeirão efervescente', querendo explodir e, ao mesmo tempo, procurando atualizar e expandir minhas competências, de modo que possa não só compreender e explicar, mas comunicar e agir sobre novas bases.

Nesse sentido, fui ouvir as pessoas com quem trabalho na clínica médica do HUSM, no período de junho a agosto 1994, na tentativa de buscar alguns subsídios que pudessem dar alguma sustentação às minhas inquietações, fornecendo dados de reflexão à justificativa para a construção desse estudo.

Para tanto, foi elaborado um questionário com perguntas abertas, para que as pessoas pudessem expressar suas opiniões com liberdade sobre questões relacionadas com a atuação profissional, as relações que os profissionais de enfermagem estabelecem com outros profissionais e quais as tendências de transformar sua prática, além de procurar caracterizar a população alvo.

Dos vinte e nove questionários (para oito enfermeiros e vinte e dois auxiliares de enfermagem distribuídos nos três turnos), retornaram vinte e cinco, permitindo-me uma inclusão no seu cotidiano. Não cabe aqui fazer uma análise extensa das respostas obtidas, mas pontuar algumas considerações.

Poucos funcionários sentem-se valorizados pela instituição, embora desenvolvam seu trabalho com carinho, responsabilidade, calma, precisão e da melhor maneira possível. A maioria dos profissionais considera o paciente um ser humano que necessita de cuidados, tantos fisiológicos como psicológicos, e é expressiva sua opinião sobre a importância do familiar ou da família participar nos cuidados com o mesmo. Cabe ressaltar que, apesar da manifestação favorável da importância da participação da família no cuidado aos pacientes, na prática isso não se concretiza, pois os profissionais de enfermagem, em sua maioria expressaram que o 'familiar incomoda', o 'familiar atrapalha', o 'familiar é exigente', dentre outras, expondo uma ambigüidade entre discurso e prática.

O grupo demonstra, ainda, ora estar favorável à mudança e aperfeiçoamento de sua prática, ora resistente à mudança.

Nas questões referentes ao exercício da prática profissional a maioria das respostas dos auxiliares de enfermagem revela um trabalho assistemático,

conceito de tecnologia emancipatória, como sobre suas características, para permitir aos profissionais uma avaliação sobre a eficácia de sua ação e, ao mesmo tempo, sobre suas conseqüências em relação aos envolvidos, no sentido de permitir ou não sua manifestação como sujeitos do processo. Defendo, pois, a tese de que:

há uma possibilidade de encontrar no saber envolvido nas práticas de enfermagem formas de tecnologia para o processo de emancipação dos sujeitos participantes na relação terapêutica específica, ou seja, no cuidado.

Esta proposição, cuja afirmação pretendo defender, implicou em desdobramento no processo de pesquisa, com questões preliminares, que se constituíram em objetivos, os quais nortearam minha caminhada. São eles:

- ✓ ***caracterizar o saber produzido pela enfermagem, evidenciando suas possibilidades emancipatórias, configuradas através de categorias construídas a partir da análise dos conceitos assumidos pelos profissionais;***
- ✓ ***construir indicadores de avaliação das tecnologias de enfermagem, de modo que evidenciem sua possibilidade emancipatória.***

Neste sentido, comecei uma caminhada que, tenho certeza, se por um lado foi árdua e complexa, por outro, foi desafiadora e gratificante. Essa caminhada que se iniciou promete ser longa e inesgotável, mas necessária para o crescimento da profissão.

Há muitos eventos na história da enfermagem que podem sugerir adesão à ideologia dominante, pela forma com que as atividades cuidativas aderem ao modelo médico flexneriano que, segundo Capra (1982), serviu de embasamento decisivo para o desenvolvimento do ensino da medicina, cujo objetivo primordial era a formação dos estudantes e o estudo das doenças, não a assistência aos

- atuam, em geral, de forma fragmentária, cada um fazendo o que bem entende, resolvendo as 'coisas' que vão acontecendo no cotidiano, sem planejamento;
- fortalecem a divisão social do trabalho, discriminando atribuições diferenciadas entre os trabalhadores intelectuais e trabalhadores manuais;
- têm como tarefa organizativa o preparo do ambiente para todos os outros profissionais da saúde atuarem;
- desconhecem, freqüentemente, os fundamentos de seu próprio referencial teórico-metodológico e técnico para prestação da assistência;
- quando questionados, acreditam estar prestando assistência integral;
- não são flexíveis com normas e rotinas;
- não têm demonstrado expressão criativa-estética, conduzindo sempre a mesma rotina, não apresentando inovações em suas ações;
- têm pouco ou nenhum conhecimento sobre as políticas de saúde a nível nacional, regional e local.

Diante destas constatações aqui expressas e largamente evidenciadas na literatura a seguir apresentada (alguns autores) e considerando também os vários estudos¹ realizados sobre a produção científica no Brasil, precisamos refletir mais acuradamente sobre o processo de trabalho da enfermagem, por referência à estrutura de produção dos serviços de saúde. Neste sentido as concepções de técnica, tecnologia, emancipação podem contribuir para esta elucidação, cuja apreensão conduzirá ao desenvolvimento de formas de desalienação das práticas assistenciais. No caminho teórico, primeiramente, foi

¹ Germano (1993), Lopes (1993), Lunardi (1997), Vieira (1990), Rosa *et al.* (1989), Souza *et al.* (1988), Luz *et al.* (1991), Silva *et al.* (1991), Trevizan *et al.* (1991), Souza (1988), Enoki (1987), Almeida *et al.* (1981), Nogueira (1982), Yoshioka *et al.* (1993), Rocha e Silva (1987), Friedlander *et al.* (1987), Burlamaque (1987), Pamplona *et al.* (1994), Cassiani (1987), Ferreira (1993), Teodosio (1990), Oliveira (1992), Souza e Adami (1991), entre outros.

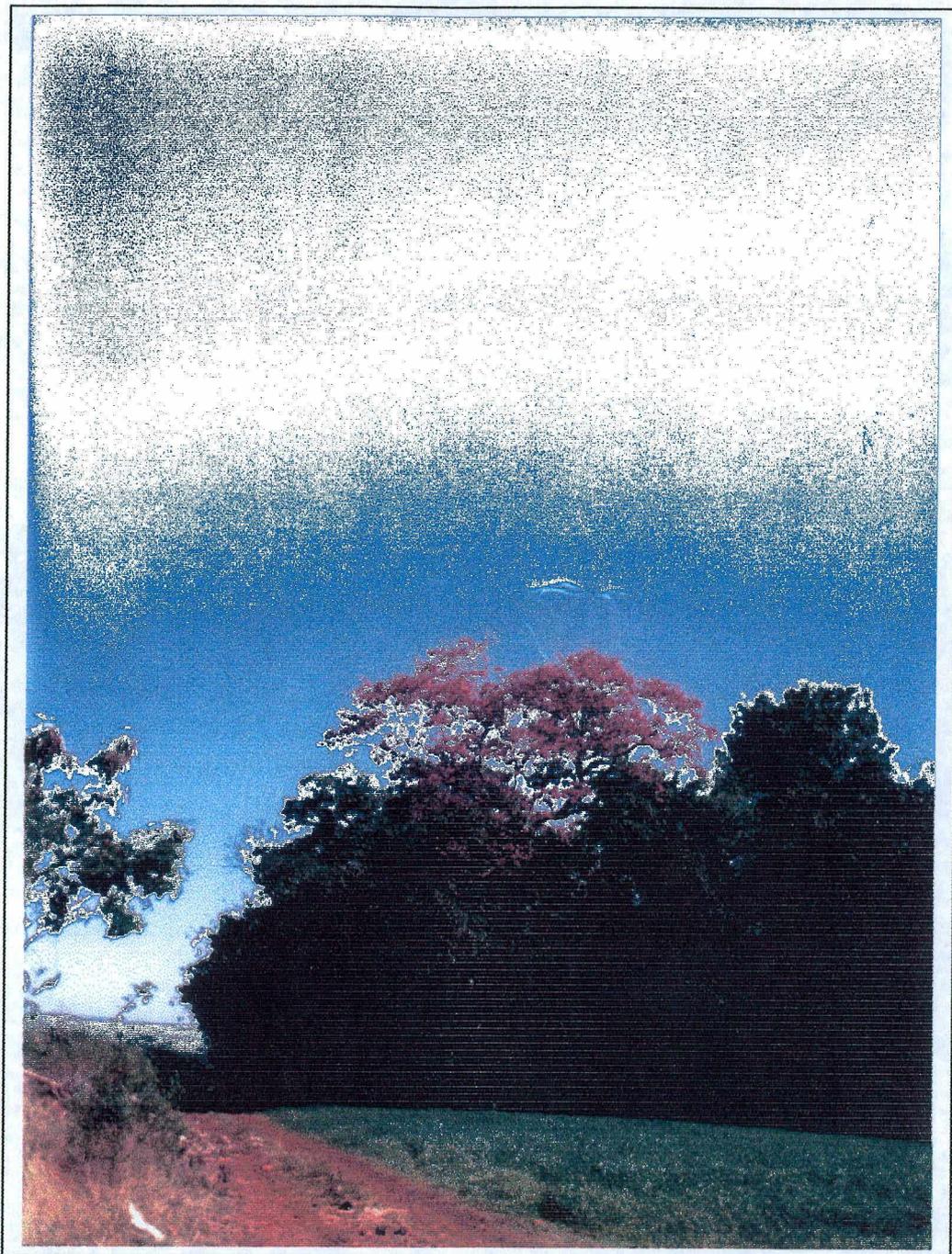
do enfermeiro e suas relações com o processo de trabalho. Após, apresenta o saber em saúde como tecnologia da medicina e na enfermagem. Por último, faço uma caminhada na construção do saber de Enfermagem numa tecnologia emancipatória com uma perspectiva da transformação da práxis.

Neste ponto, constituiu-se um conjunto de interrogações que sintetizaram a meta, ou seja, o objeto de pesquisa, cuja elucidação demandou um longo e complexo processo, que exigiu procedimentos metodológicos, alguns apontados '*a priori*', outros construídos ao longo do seu desenvolvimento.

Este estudo é uma pesquisa empírica, do tipo descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. Portanto, o caminho metodológico constituiu-se de pré-análise em que foram delimitados o campo de análise, fontes dos dados e amostra. Foram consideradas as publicações das Revistas Brasileiras de Enfermagem - REBEn, Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem - CEBEn, Anais dos Seminários Nacionais de Pesquisa em Enfermagem - SENPE e Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores de Enfermagem - CEPEn, no período de 1986 à 1995, perfazendo um total de 1533 trabalhos. Foram também estabelecidos os critérios de análise e classificação dos mesmos, quanto a: identificação e tipo de texto, procedimentos e controles sugeridos sobre a atividade, classificação das tecnologias do 'eu' de Foucault e classificação das tecnologias específicas de enfermagem, melhor explicados no decorrer do relatório.

A exploração do material consistiu de operações de codificação, categorização e enumeração de acordo com Bardin, sendo observados o recorte, a enumeração, a classificação e agregação dos dados. Houve a determinação dos fragmentos de discursos enunciados nos artigos, dissertações e teses lidos, de acordo com os componentes da tecnologia emancipatória apresentados no 'quadro conceitual proposto' e desenvolvido conforme os critérios estabelecidos.

Foram organizados os registros por semelhanças no discurso, de forma a constituir os elementos associados a cada componente de tecnologia emancipatória, com elaboração de quadros e figuras representativas do



2- CAMINHO TEÓRICO

*O importante não é o que se sabe mas o que se
sabe fazer com aquilo que se sabe*

(Jornal a Razão, 12.04.1991).

O caminho teórico percorrido inclui a revisitação em autores que contém idéias referentes à temática deste estudo, bem como fontes que auxiliaram na sustentação do problema, da tese e dos objetivos propostos.

2.1 – TÉCNICA E TECNOLOGIA: Perspéctico Conceitual no Pensamento de Alguns Autores

Antes de discorrer sobre a evolução conceitual propriamente dita a respeito da técnica e tecnologia, gostaria de tecer, inicialmente, algumas considerações em relação à banalização do conceito de tecnologia.

Talvez porque vivemos na era tecnológica, este termo tem sido usado de forma enfática e constante nos jornais, revistas, telejornais, enfim, no nosso cotidiano. Muitas vezes, este termo é usado de forma banal, ou seja, de forma reduzida, ou significando tudo relacionado à era moderna, ou tendo um sentido restrito, ligado ao uso de equipamentos.

A tecnologia, assim, tem sido muitas vezes concebida como um produto, uma máquina, uma materialidade, um resultado da atividade humana tornado máquina. A banalização mais comum está exatamente no fato das pessoas generalizarem a concepção de tecnologia e resumirem-na aos procedimentos técnicos de operação e seu produto, admitindo qualquer artefato, ou seja, qualquer objeto que faça a mediação entre o pensamento das pessoas e a realização da ação propriamente dita. Portanto, o aspecto da tecnologia, tomado como centro de tudo, pode prejudicar ou limitar o pensar contínuo dos sujeitos.

A banalização da tecnologia também está presente na concepção das pessoas, na compreensão de sua necessidade à vida humana, de modo que,

às vezes, se tornam ferozes defensores da tecnologia (otimistas) e, outras, demasiadamente contrárias (pessimistas). Para os otimistas, de um modo geral, as modificações e avanços tecnológicos estão associados à idéia de progresso da humanidade, produzindo mais bens, com menos trabalho, liberando o trabalhador das tarefas mais pesadas, desagradáveis e rotineiras, sendo, pois, nesta perspectiva, a tecnologia vista como algo desejável. Para os pessimistas, a tecnologia nos trouxe e nos trará desde a alienação do trabalho até o esgotamento dos recursos e a destruição universal.

Mesmo neste caso, percebe-se uma tendência a se aderir a uma concepção de tecnologia como meio material ou artefato que pode influenciar nas tarefas do cotidiano.

Outra forma de equívoco é associar o conceito de tecnologia à informatização, cibernética e robótica, como se representassem, 'per se', o conteúdo total do conceito de tecnologia. Neste caso, indicaria também o avanço científico em determinadas áreas, a novidade transformada em máquina para fazer o trabalho do ser humano. Se assim fosse, a história da tecnologia seria a de hoje, do início da Cibernética e da Informática.

A tecnologia pode estar associada, também, ao modo moderno de viver, pois vivemos num mundo tecnológico, isto é, as residências, os locais de trabalho, de lazer, os '*shopping centers*' estão repletos de tecnologias. Portanto, o caminho da modernização e da tecnologia, queiramos ou não, é inevitável. O que está em jogo, hoje, é como conduzi-lo, tentando fazer com que ocorra da forma mais eficiente, digna e ética e ao menor custo político e humano.

Outra idéia corrente é aceitar a tecnologia somente como mercadoria (uma materialidade), resultante dos produtos industriais que se vende e se compra. A tecnologia é um conceito muito mais amplo, não podendo ser entendida de uma forma simplista, sem consideração, por exemplo, ao saber veiculado através da cultura, ou à sua associação com a utilização de conhecimentos científicos na solução de problemas técnicos. Cabe destacar, que a cultura, aqui, é entendida como o conjunto de símbolos, acervo de saberes, artes e crenças de um povo. Portanto, a tecnologia está associada à

cultura, quando unifica todas as outras formas sapienciais e artísticas de um determinado povo.

Muito mais interessante se torna o debate, quando associamos tecnologia à vida dos indivíduos, aos modos como se organizam e à sua evolução natural e histórica. Nessa associação, há tanto mentalidades que tornam a Ciência um paradigma para a explicação da vida das pessoas, o que significa o empobrecimento da Ciência e da vida das pessoas, gerando um afastamento da produção científica em relação a seus próprios criadores. Outras mentalidades incluem a Ciência como um dos componentes e um dos saberes que determina uma certa direção à vida das pessoas, a partir da inserção das tecnologias em suas vidas. A tecnologia, assim, permite uma reestruturação na vida dos sujeitos, mas não implica necessariamente numa mudança da consciência, se não houver outros elementos da história incluídos, ou seja, os aspectos filosóficos, estéticos, sociais, morais, espirituais. A tecnologia não é o único componente que provoca esta mudança, mas existe uma diferença para algumas pessoas que acreditam que mudando uma tecnologia tudo muda e há os que acham que a tecnologia permite alguma mudança, mas se associada a outros componentes da vida dos sujeitos.

Ciência e tecnologia são valores, muito mais que coisas ou artefatos, ou mesmo saberes. São tudo isto em complementaridade com o mundo vital, num movimento que só pode adquirir significado na sua dimensão ética e política.

Após fazer estas colocações, volto-me agora a desenvolver alguns pensamentos de autores em relação às questões conceituais dos termos técnica e tecnologia, procurando trazer as diferentes posições e considerações acerca dos mesmos, na tentativa de elucidar esta temática ao leitor.

As palavras técnica e tecnologia podem ser entendidas de diversas maneiras e se furtam a definições precisas. Existem autores, como veremos a seguir, que abordam a tecnologia como ciência, como ciência aplicada, com o sentido de técnica em geral; outros, para quem a técnica é empregada com o sentido de tecnologia em geral, e outros, ainda, que não diferenciam claramente técnica de tecnologia.

A técnica, segundo Vargas *et al.* (1994), considerada como uma habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos, é tão antiga quanto a humanidade, enriquecida com o surgimento da linguagem, sendo esta o mais primitivo sistema simbólico, ou seja, é um processo emocional, porque está relacionado com gestos, gritos, com determinadas posturas por comunicar aos outros certos 'riscos', certas necessidades relacionadas às funções básicas de sobrevivência e de reprodução. A linguagem permite as trocas de experiências, assim como também a experiência mútua com a técnica. Portanto, homem, técnica e linguagem teriam aparecido num só momento, embora esse 'momento' possa ter durado séculos. Essas técnicas, na mitologia, teriam sido ensinadas aos homens pelos deuses ou heróis fabulosos e transmitidas de geração, a geração pelos homens santos a seus acólitos. Outras leituras mostram que a relação entre o surgimento da linguagem e da técnica é confusa, porque existe uma apropriação prévia de instrumentos, que foi seguindo uma função relacionada com o processo de conhecimento e de 'comunicação'. Já, os primatas superiores utilizavam uma série de elementos da própria natureza, o que explica os instrumentos e técnicas, pela utilização de objeto como meio para alcançar um fim que não está contido em si mesmo. Então, até esse momento, haviam sido apropriados elementos da realidade, mas associados com funções específicas.

Dois inventos da era mítica possibilitaram o registro da História, conforme descrito por Vargas (1990): a escrita e a contagem do tempo. A técnica evoluiu, pois, de seu estado auroral, a partir do quê o saber e o fazer instrumentos aperfeiçoaram-se lentamente, durante anos, até o modo artesanal, quando foi possível ser ensinado por meio de tratados, tais como a Medicina de Hipócrates ou a Arquitetura de Vitruvius.

Com o fim das civilizações míticas, a técnica artesanal estabeleceu-se e veio a compreender o conjunto de regras, invenções, operações e habilidades, correlacionadas à construção de edifícios, estradas e pontes, à fabricação de instrumentos e utensílios, à agricultura, à extração e preparação de materiais para construção, ensinadas pelos mestres aos aprendizes, como pessoas individualmente capazes e co-autores dos processos técnicos. A arte, nesta época, não se refere à manifestação estética atual, senão à capacidade

de fazer coisas. A técnica enfatiza a repetibilidade, possibilidade de apreensão e reprodução, a arte como sendo componente criativo. Portanto, a capacidade de intervenção sobre a realidade é complementada pela automatização de habilidades e desenvolvimento de capacidades, aprendizagem que se transfere para novas situações, por meio de adaptações e criações em cada aplicação.

Este processo pode constituir-se tanto em práxis reiterativa como em práxis emancipatória, a depender da consciência do sujeito sobre o processo e sobre suas conseqüências, de modo que se irá estabelecer o mesmo tipo de relação para a tecnologia. Suas potencialidades emancipatórias não são imediatamente indutoras de emancipação, pois esta condição se refere ao ser humano exclusivamente.

Segundo Abagnano (1982: 905):

a técnica tem sua origem do étimo grego 'techné' e do seu equivalente latino 'ars-artis'. Portanto, em um sentido mais geral, técnica e arte significam o conjunto de regras capazes de dirigir uma atividade humana qualquer. Num sentido mais restrito, técnica e arte apresentam significados mais específicos que as diferenciam entre si.

Para este autor, a arte pode ser entendida como a aplicação de conhecimentos e habilidades adquiridas pela experiência e pela reflexão, para realizar alguma coisa concebida. A arte refere-se ao trabalho intencional do ser humano em oposição às realizações do acaso e às criações da natureza constituindo-se no elo de ligação entre o criador e a sua obra.

Continuando, para o mesmo autor, o sentido geral do termo técnica é o mesmo de arte, isto é, "os processos normativos que regulam os comportamentos em todos os campos", ou ainda, "todo o conjunto de regras aptas a dirigir uma sociedade humana qualquer". E, neste sentido, a técnica não se distingue da arte, da ciência ou de qualquer processo para produzir efeito. Num sentido menos abrangente, técnica pode ser entendida como processo ou método de uma arte ou ofício, bem como a sua parte material.

Já, Faria (199-: 10), refere que o saber da *'techné'* grega não se afirma contra a natureza, mas antes integra-se a ela complementando-lhe o equilíbrio e a harmonia. A *'techné'* grega, diz o autor, "*não pretende apropriar-se da natureza, nem dominá-la, mas conhecer como ela age, tornando o homem capaz de agir conforme 'o que era para ser'*". Portanto, o médico e o enfermeiro, com sua arte, são capazes de prevenir, promover e curar as possíveis doenças, na medida que conhece 'o que era para ser' a saúde. A *'techné'* visa a completude da natureza.

Para Barbieri (1990: 141), técnica "*significa a prática ou conhecimento prático que inclui regras. A técnica refere-se ao como fazer algo, através de procedimentos definidos com alguma precisão*". Este parece ser um sentido mais voltado à forma com que se apresenta a técnica e sua utilidade hoje.

Ferreira (1986: 1656) entende "*técnica como parte material ou o conjunto de processos de uma arte. Maneira, jeito ou habilidade especial de executar ou fazer algo*", e diz respeito aos procedimentos envolvidos numa ação qualquer.

Se, para alguns autores, o termo não destaca propriamente uma fase da evolução e história das ciências, para Bunge (1980) é relativo às técnicas pré-científicas utilizadas, de modo que parece constituir-se num momento predecessor aos procedimentos modernos resultantes dos avanços científicos.

Já para Max Weber, citado por Lenk (1975: 121),

a técnica de uma ação significa a essência dos meios utilizados (...); técnica racional é uma utilização de meios conscientes e planejadamente orientados pela experiência e pela reflexão e, no caso mais extremado de racionalidade, pelo pensamento científico.

O pensamento desse autor sobre a técnica vai além do simples fazer, mas este fazer é já orientado por uma reflexão e se produz pelo uso de conhecimentos científicos.

Fazer essa discussão entre os diversos autores vem marcar uma gama variada de posições, quase tornando-se estéril mantê-la, caso não pretendesse lançar-me a uma política do trabalho na saúde, para compreender o lugar da técnica e da tecnologia e para torná-los instrumentos éticos na assistência. Assim, busco mais um pouco, entre conhecidos filósofos e epistemólogos, procurando algo que se aproxime mais de minha própria concepção, não para obter sua aprovação, mas para localizar-me nesse espaço tão contraditório.

Vejo em Castoriadis (1982: 245) uma preocupação política, quando diz que:

a técnica cria o que a natureza está na impossibilidade de realizar. Mas a técnica não é só criação tomada, nela mesma, é dimensão essencial da criação de conjunto representada por cada forma de vida social, por que ela é, tanto quanto a linguagem, elemento da constituição do mundo enquanto mundo humano e em particular da criação, por cada sociedade, do que, para ela é real e racional.

Ele, então, localiza historicamente os elementos que se constituem em expressões do mundo concreto, diante dos quais as técnicas respondem, para darem conta de situações particulares.

Medeiros *et al.* (1995) abordam a técnica como associada à noção do 'fazer' - habilidade ou arte inata ao ser humano, de modo que se trata, não de algo fora do indivíduo, mas uma concretização de potenciais já inscritas nele. Esta concepção apresenta uma postura de caráter inato das capacidades como uma questão pessoal

Em tese, isto evoca uma intrincada rede de associações entre o ser humano e seu fazer, mas retira do conceito outras possibilidades, tais como aquelas em que a técnica se objetifica e se torna ferramenta, algo que ampliaria as habilidades humanas, bem como permitiria mudanças quantitativas concretas sobre o mundo objetivo.

Já, para Habermas (1987), a dinâmica entre tecnologia e técnica se refere mais ao processo de conhecimento, enquanto os outros autores até aqui

apresentados focalizam sua análise em relação a instrumentos de trabalho, processo de produção, ao modo de fazer. Para o autor, o termo técnica possui uma conotação mais abrangente, pois se refere, em primeiro lugar, a um conjunto de meios que permitem uma eficaz relação de fins, com economia de trabalho, ou seja, a instrumentos, máquinas e autômatos. Mas, com essa palavra, diz o autor (p. 315), "*aludimos também a um sistema de regras que determinam a ação racionalmente adequada a fins; aludimos, pois, a estratégias e tecnologias*". Ele chama estratégias as regras de escolha racional e tecnologias as regras de ação instrumental.

Podemos sistematizar as colocações até aqui feitas pelos autores com o pensamento de Lenk (1990), para quem o conceito de técnica, que provém do grego '*techné*', não abrange apenas uma simples experiência artesanal, habilidade e aptidão referentes às coisas e padrões de ações que os homens produzem. Este mesmo autor coloca que, já em Platão e Aristóteles, o 'técnico' se distingue do artesão, pelo fato de saber das razões e dos fundamentos a que um procedimento segue. Portanto, o técnico aplica sistematicamente a reflexão e o pensamento em suas atividades de produzir e confeccionar.

Esse mesmo autor coloca que as definições modernas da técnica ainda desenvolvem este duplo sentido. Para ele, são características modernas da técnica: cientificação, industrialização, generalização, funcionalização e sistematização, controle de informação e extensão a setores aparentemente refratários. Lenk (1990), dentro dessa perspectiva, elenca alguns aspectos da técnica como sendo:

- 1) ciência natural aplicada;
- 2) sistema de meios;
- 3) expressão do desejo de poder e exploração do homem, face à natureza, e vontade de organizar e controlar o real, por meio do saber cientificamente elaborado;
- 4) descoberta e disposição da natureza desenvolvidas, segundo a história do ser, para produzir energia e transportar energia de modo

- controlado, como também para transformar energia e desafiar o homem a dispor a natureza;
- 5) realização das idéias, como ser real, através da elaboração dos recursos naturais;
 - 6) auto-salvação do homem, secularizada mediante sua própria ação, por meio de uma elaboração da realidade em obras;
 - 7) criação do supérfluo, que transforma o homem em ser cultural e se torna necessário para ela e faz dele um técnico;
 - 8) a emancipação dos limites de natureza orgânica e como projeto de um mundo artificial e, com isso, como substituição progressiva do mundo natural, através de um mundo cultural autônomo;
 - 9) objetivação do trabalho humano e como fundamento e instrumento de auto-interpretação do 'homem fazer' em suas obras, que depende de interpretação e projeção num 'não-eu';
 - 10) sistemas objetivos (sistemas de objetos técnicos) e de sistemas de ação no sentido de uma 'técnica real', na medida em que se utilizam objetos artificiais, objetos técnicos; portanto, artefatos produzidos pelo homem.

Pode-se constatar que há inúmeras ações e eventos que se associam ao termo técnica. Considero que Lenk (1990) conseguiu ampliar o significado de técnica a partir de um olhar cuja referência é a múltipla e complexa apresentação do mundo social contemporâneo.

Continuando, porém, a seguir o desenvolvimento da concepção de técnica, ao longo da história, podemos observar que as técnicas modernas se concretam durante o Renascimento, nas quais são incorporados os conhecimentos empíricos de origem científica da época e se desenvolvem com a mesma intensidade com que evolui a ciência.

Diante do exposto até aqui, referente ao termo técnica, entendo o mesmo como sendo ***um saber prático, uma habilidade humana de fabricar,***

construir e utilizar instrumentos, uma parte originária do cotidiano a nível da própria atividade empírica e outra parte originária da necessidade de se estabelecerem procedimentos sistematizados para a operacionalização de uma atividade prática.

Assim, surge a necessidade de ir um pouco adiante e buscar elucidação para outro conceito, ou seja, tecnologia, igualmente compreendido em diversas formas, versões às vezes similares e às vezes até antagônicas.

Há de se considerar, inicialmente, que a tecnologia só pode ter vigência depois do estabelecimento da Ciência Moderna como um sistema teórico, organizado coerentemente pela lógica, mas cujas conclusões devem ser confirmadas pela experiência. Cabe ressaltar que a experiência científica não pode ser qualquer uma vivenciada através da observação assistemática. Essa experiência deve ser resultante de um 'experimento' ou 'observação sistemática', cuidadosamente organizada, levando em conta o que se pensou teoricamente sobre o fenômeno em estudo.

Vargas (1990) descreve que, no início do século XVII, dois fatos cooperam para o aparecimento da tecnologia como uma aproximação da técnica com a ciência moderna. O primeiro foi o aparecimento, na Europa, de uma crença de que tudo que pudesse ser feito pelo ser humano poderia sê-lo por intermédio de conhecimentos científicos. O segundo, foi que a ciência experimental exigia, para seus experimentos, instrumentos precisos que deveriam ser fabricados ou por cientistas com dotes artesanais, ou por artesãos, informados pelas teorias científicas.

Essa foi a origem da tecnologia como utilização das teorias científicas na solução de problemas técnicos. Esse ideal da conjugação da ciência com a técnica foi, contudo, a princípio, mal sucedido, por muito tempo ainda. Os primeiros sucessos apareceram no Renascimento, com o desenvolvimento da ótica, por Galileu, em pleno século XV, com o desenvolvimento do telescópio, em que ocorreu a integração entre técnica, tecnologia e ciência.

Na segunda metade do século XVIII, desenvolve-se a engenharia articulada com a ciência como atividade profissional que toma 'forma' na capacitação de pessoas em instituições de ensino, ou seja, o surgimento da

engenharia como profissão, carreira. Mas, antes disso, ocorreu, nos séculos XV e XVI, o desenvolvimento do trabalho mecânico, a teoria da navegação, máquina a vapor, etc. Foram maneiras de aplicar o saber da engenharia, para desenvolver toda uma fundamentação, que evidentemente chega a uma engenharia com características de um ramo profissional relativamente estável e que se identifica como saber por toda sua riqueza, como um modo de atividade, de aplicação de conhecimentos.

Portanto, diz Gutierrez (1997), durante toda esta etapa em que se estão desenvolvendo conhecimentos tecnológicos, científicos e práticos muito ricos, todavia, as formas de organização do conhecimento estão pautadas por saberes acadêmicos desde a estrutura medieval. Não há correspondência entre a aparência formal de organização do conhecimento e a essência real da transformação do conhecimento que está ocorrendo na atualidade. Por isso, se diz que, com o 'salto de conteúdo', há uma 'nova forma', há sempre um 'salto qualitativo' e que este está condicionado por uma confrontação com o estilo de pensamento contemporâneo.

Schaff (1993) relata que a primeira revolução técnico-científica pode ser situada entre o final do século XVIII e o início do século XIX, cujas transformações tiveram o mérito de substituir, na produção, a força física do homem pela energia das máquinas, primeiramente pelo vapor e após pela eletricidade.

Na segunda metade do século XIX, segundo Vargas *et al.* (1994: 16) descreveram,

começa-se a distinguir no estudo das técnicas e da engenharia, o termo 'tecnologia', cuja finalidade inicial foi a de descrever, de maneira interpretativa, as técnicas, os processos técnicos, as maneiras de fabricação de produtos industrializados, a extração e a manipulação de materiais utilizados pela engenharia, além das formas de organização econômica do trabalho técnico.

Somente no final do século XIX e início deste século, a atividade tecnológica toma corpo como especialidade em diversos ramos da engenharia, ocorrendo, portanto, sua delimitação como área de conhecimento na instituição de ensino. A tecnologia passa a constituir o estudo ou a atividade da utilização de teorias, métodos e processos científicos para a solução de problemas técnicos, relacionados com materiais construtivos, fabricação de produtos industriais, organização do trabalho e cálculos e projetos de engenharia.

Por isso, no século XIX se delimitavam os primeiros sistemas de formação de profissionais mais especializados no campo da engenharia. Até esse momento, o saber em engenharia era desempenhado por indivíduos que não eram objeto de um processo de qualificação especial para essa atividade. Então, a partir daí é que se sistematizam determinados princípios explicativos das distintas técnicas e surge a necessidade de 'valorizar' a sistematização como tecnologia.

Para sintetizar, Vargas (1990) diz que é o conjunto interativo de ciência, técnica e suas aplicações práticas na engenharia, na indústria ou na agricultura que forma o que poderíamos chamar de sistema tecnológico, o qual, aliás, não é isolado a um único campo de aplicações, nem a uma só disciplina científica ou processo técnico. As tecnologias tendem a unificar-se de tal forma que cada uma interage sobre as outras e o desenvolvimento tecnológico tende a ser global.

No campo da saúde, penso, a introdução de instrumentos para o ato cirúrgico foi o movimento mais evidente da tecnologização da terapêutica, embora artefatos mais corriqueiros como bandagens, infusões, estiletes de corte já possuíssem agregação de conhecimento e sua utilização tivesse que estar submetida a certos códigos de procedimentos. A intervenção clínica, logo diferenciada da cirúrgica, foi marcada muito mais pela necessidade de precisão diagnóstica, cuja condução estava limitada aos meios insipientes, originária até de uma certa ignorância sobre a biologia humana. Já a cirurgia contava com certa objetividade, desde a antiguidade dos egípcios, de quem sabemos relatos de intervenções bem sucedidas, inclusive cranianas.

Portanto, não me parece que somente as aplicações práticas sobre o mundo extra-humano tenham absorvido e transformado saberes em tecnologias, uma vez que artefatos usados em trepanações, por exemplo, na Antigüidade, constituíam-se em precursores eficazes dos objetos ainda hoje usados nos modernos centros cirúrgicos.

No entanto, o desenvolvimento explosivo e a rápida difusão da tecnologia no mundo são próprias da civilização moderna, seja ela capitalista ou socialista.

Segundo Barbieri (1990: 16) *"a tecnologia está estreitamente ligada à ciência, sendo um fato relativamente recente e que surgiu com referência às sociedades que se industrializam"*, antes disso, a palavra tecnologia empregada desde a Antigüidade, expressava outros significados.

Já no final da Idade Antiga, Timm, citado por Barbieri (1990: 16), mostra que por tecnologia se entendia *"uma ciência tratada segundo as normas da arte"*. Os dicionários anteriores à metade do século XVIII entenderam a tecnologia como a *"ciência das expressões artísticas"* ou *"terminus technicus"*.

Com o passar do tempo, houve também a evolução do conceito de tecnologia que, segundo ainda esse autor, poderíamos chamar de conceito moderno de tecnologia. Isto se deve a Joham Beckmann, citado por Barbieri (1990: 16), em 1777, em sua obra Instrução sobre Tecnologia, que assim expressa esse conceito:

atrevo-me a utilizar o termo tecnologia em vez da história da arte, denominação esta frequente desde algum tempo e que é tão incorreta como denominar história natural em vez de ciência natural. A história da arte pode ser aplicada à enumeração das invenções, do progresso e do destino habitual de uma arte ou trabalho manual, porém, a tecnologia é a que explica todos os trabalhos de maneira completa, clara e ordenada, assim como suas conseqüências e fundamentos.

Ferreira (1986: 1656) também define tecnologia como sendo “o conjunto de conhecimentos, especialmente princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade”.

Outros autores, como por exemplo Vargas *et al.* (1994), já empregaram a palavra tecnologia com o sentido de técnica em geral, ou mesmo num sentido menor, como por exemplo, o do trato como aparelhagem ou processos de fabricação sofisticado e mesmo num sentido comercial, muito próximo ao de ‘marketing’. Para esses autores, tecnologia ‘é cultura’ que se tem ou não, cuja aquisição se dá por uma inserção de todo o sistema sócio-cultural do país no assim chamado mundo moderno.

Existem autores que não diferenciam a técnica da tecnologia ou não o fazem com clareza. É o caso de Schon, citado por Barbieri (1990: 15), que define “tecnologia como qualquer ferramenta e a técnica como qualquer produto ou processo, qualquer equipamento físico ou método para fazer ou fabricar pelo qual a capacidade humana é ampliada”. Nesta abordagem, parece-me que a tecnologia é ‘qualquer coisa’, demonstrando com isso a banalização e redução que o autor faz da definição do termo.

Bunge (1985) amplia e aprofunda a concepção sobre o termo tecnologia, associando-a às técnicas fundadas na ciência, ou seja, tecnologia como sendo o vastíssimo campo de investigação, desenho e projeto que utiliza conhecimentos científicos, com o fim de controlar coisas ou processos naturais, de desenhar artefatos ou processos, de conceber operações de maneira racional. É o campo de conhecimento que se ocupa de desenhar artefatos e projetar sua realização, operação e manutenção à luz de conhecimentos científicos. Se, por um lado, o autor faz essa relação entre a tecnologia e a ciência pura de uma forma geral para o particular, ou seja, das ciências fundamentais e a dimensão aplicada da ciência, sendo portanto uma visão unilateral, hoje existem problemas para investigação e variedades de tecnologias, definidas como tal pelo tipo de solução que apontam, as quais necessitam ser trabalhadas conjuntamente com a Ciência aplicada e a fundamental, trazendo, como exemplo disso, as profissões teóricas da Biologia atual, que se produzem e desenvolvem no âmbito da Biotecnologia, e toda a

produção da Física quântica, no âmbito da tecnologia nuclear. Ele ainda diz (1981: 206) que:

um corpo de conhecimentos é uma tecnologia se, e se somente se, é compatível com a ciência contemporânea e controlável pelo método científico e é empregada para controlar, transformar ou criar coisas ou processos naturais ou sociais.

Resumindo, Bunge (1981: 211) coloca que “a tecnologia não é indiferente à teoria, nem é uma aplicação da ciência pura, ela possui um componente criador que é particularmente óbvio na investigação tecnológica e no desenho de políticas tecnológicas”. Cabe salientar que, portanto, nesta perspectiva, para a construção de uma tecnologia não basta somente a ciência, mas há exigência também do potencial criativo dos sujeitos que a constróem.

Boulding, citado por Lenk (1975: 121), utiliza o termo tecnologia “como um processo, um conjunto complexo de ações, tanto por meio de instrumentos humanos, quanto materiais, os quais são utilizados para atingir metas de segurança”. No meu ponto de vista, este autor reduz a utilização da tecnologia somente como um meio de atingir metas de segurança, mas poderia ampliá-la para um conjunto de conhecimentos científicos para serem utilizados na transformação e produção de bens e serviços.

Rattner (1985: 107) entende por tecnologia:

as máquinas e equipamentos, bem como a infra-estrutura à qual estão integradas e, também, as tecnologias sociais tais como a administração da produção dos recursos materiais e humanos e o ‘marketing’ dos produtos e serviços.

A concepção desse autor se aproxima à de Max Weber, citado por Lenk (1975: 121), quando diz que:

tecnologia não seria apenas a teoria das bases científicas e das condições metodológicas da produção técnica, da extração e da transformação de matérias primas, ou mesmo, somente, a mera teoria destas produções, extração e transformação.

Já, para Faria (1992: 29), "*tecnologia é entendida como o conjunto de conhecimentos aplicados a um determinado tipo de atividade*". Esse autor simplifica a visão de tecnologia, ou seja, que conjunto de conhecimentos são esses? Os científicos, os empíricos? Em que tipo de atividade este conhecimento pode ser aplicado? A qualquer uma? Será que ele também não está reduzindo a concepção de tecnologia?

Para Barbieri (1990: 22), a tecnologia pode ser "*entendida como o estudo das técnicas e como conjunto de conhecimentos de diversas origens aplicados às atividades práticas de um modo geral*". Como em Abbagnano (1982), que define "*tecnologia como o estudo dos processos e técnicas de um ou mais ramos da indústria*", eles reduzem o termo somente ao desenvolvimento das técnicas para sua aplicação nas atividades.

Sábato, citado por Barbieri (1990: 16), já aprofunda mais e denomina tecnologia

ao conjunto ordenado de conhecimentos empregados na produção e comercialização de bens e serviços, conjunto este constituído não só por conhecimentos científicos provenientes das diversas ciências (naturais, sociais, etc), mas também por conhecimentos empíricos que resultam de observações, experiências, atitudes específicas, tradição oral e escrita e outras.

Esse mesmo autor chama a atenção para o fato de que esse conjunto de conhecimentos que define uma tecnologia deve estar ordenado, organizado e articulado. O autor ainda acrescenta que a tecnologia é o resultado de um esforço intencional e não simples decorrência do 'estado da arte,' ou seja, do nível de conhecimentos acumulados pela humanidade, num dado momento.

Mais uma vez, encontrei aqui o espaço necessário à justificativa para o desenvolvimento do presente estudo.

Em Habermas (1987) pode-se perceber a intenção de estabelecer uma diferença entre técnica e tecnologia, dando à tecnologia uma conotação metodológica. Diz ele, as tecnologias são proposições que estabelecem as formas de proceder, mas não são elas mesmas meios técnicos.

Já, Medeiros *et al.* (1995: 7, 8 e 9) concebem a tecnologia como "*o conhecimento utilizado na criação ou aperfeiçoamento de produtos e serviços. É o conjunto de conhecimentos, práticos ou científicos, aplicados à obtenção, distribuição e comercialização de bens e serviços*". Para esses autores, a tecnologia une a técnica à habilidade natural aos conhecimentos práticos ou científicos que foram sendo acumulados ao longo dos anos. Portanto, a tecnologia uniu o saber ao fazer.

Pelas afirmações dos diversos autores, podemos perceber que é comum, no entanto, usar a palavra tecnologia referindo-se aos conhecimentos práticos e instrumentos obtidos sem uma relação mais estreita com a ciência moderna.

Segundo Barbieri (1990: 17), "*a tecnologia baseada apenas em conhecimentos empíricos, tem sido denominada de tradicional em contraposição à tecnologia moderna, baseada preponderantemente na ciência*". A tecnologia tradicional é produzida ao longo de gerações e através da prática reiterada das próprias pessoas que a utilizam. Via de regra, sua transmissão é feita por meio do aprendizado nos diversos ofícios e dentro de um ambiente pouco formal. Para esse mesmo autor, o conceito de tecnologia moderna enfatiza a aplicação sistemática de conhecimentos científicos à produção de bens e serviços; essa tecnologia envolve a incorporação de conhecimentos científicos capazes de aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos na prática.

Para Barroso *et al.* (1993: 5), o termo tecnologia tem uma ampla conotação e "*refere-se às técnicas, métodos, procedimentos, ferramentas, equipamentos e instalações que concorrem para a realização e obtenção de um ou vários produtos. O termo implica no que fazer, por quê, para quem e no fazer como fazer*". O autor apresenta a tecnologia em duas categorias, ou seja, as de

produto, que são aquelas cujos resultados são componentes tangíveis e facilmente identificáveis, tais como: equipamentos, instalações físicas, ferramentas, artefatos, etc., e as de processo, que são aquelas que incluem as técnicas, métodos e procedimentos utilizados para se obter um determinado produto.

Gostaria também de assinalar que essas distintas concepções de técnica e tecnologia e as considerações feitas incluem as técnicas e tecnologias relacionadas com as mudanças produzidas entre as relações do sujeito e trabalho, que também são modos de produzir a socialização do processo de trabalho. Schaff (1993) coloca que a segunda revolução técnico-científica, que estamos assistindo agora, consiste em que as capacidades intelectuais do homem são ampliadas e inclusive substituídas por autômatos, que eliminam com êxito crescente o trabalho humano na produção e nos serviços, havendo um salto qualitativo operado no desenvolvimento da tecnologia de produção, que acabou por romper a continuidade dos avanços quantitativos que se iam acumulando nas tecnologias já existentes.

Esse mesmo autor pontua que a microeletrônica, microbiologia e energia nuclear, assinalam os amplos caminhos do nosso conhecimento a respeito do mundo e também do desenvolvimento da humanidade. Isso pode trazer possibilidades de desenvolvimento enormes, como também enormes problemas, principalmente no que tange à esfera social.

Após essas considerações e concepções dos autores referentes ao termo tecnologia, que vão de uma visão restrita, resultando num produto máquina, até uma visão mais ampla, que abrange os saberes construídos pelos seres humanos, minhas reflexões acerca do termo tecnologia, que em hipótese nenhuma pretendem ser fechadas e imutáveis, me levam a considerar ***tecnologia como processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos/saberes ordenados, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos,***

com uma finalidade prática específica. A tecnologia, portanto, serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica. Pela tecnologia também se apresenta uma proposição ou explicação de um modo de fazer.

2.1.1 – Tecnologias do ‘eu’ e Tecnologia ‘Pastoral’, na perspectiva de Foucault

Como uso a classificação das tecnologias do ‘eu’, apresentadas por Foucault, relacionadas às tecnologias de enfermagem, pretendo, inicialmente, fazer uma apresentação de suas proposições sobre as tecnologias do ‘eu’ e a tecnologia ‘pastoral’, na perspectiva, de demonstrar o contexto em que elas emergiram.

2.1.1.1 – As Tecnologias do ‘eu’

Para Foucault (1990: 48), tecnologia do ‘eu’ *“são os saberes que os homens têm desenvolvido acerca de si mesmos”*. Para o autor, existe quatro tipos principais dessas tecnologias e cada uma delas representa uma matriz da razão prática e que quase nunca funcionou de modo isolado, embora cada uma delas esteja associada com algum tipo particular de dominação. Os quatro tipos principais de tecnologias que apresenta são:

- a) *tecnologias de produção, que nos permitem produzir ou manipular coisas;*
- b) *tecnologias de sistema de signos, que nos permitem utilizar signos, sentidos, símbolos ou significações;*
- c) *tecnologias do poder, que determinam a conduta dos indivíduos, os submetem a certo tipo de fins ou de dominação e consistem em uma objetivação do sujeito;*
- d) *tecnologias do eu, que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo*

número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, obtendo assim transformação de si mesmos com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade.

Para o autor, as duas primeiras tecnologias se usam habitualmente no estudo das ciências e da lingüística e as duas últimas são as tecnologias do domínio e do sujeito. Cada uma dessas tecnologias implica certas formas de aprendizagem e de modificação dos indivíduos, não somente num sentido mais evidente de aquisição de certas habilidades, como também no sentido de aquisição de certas atitudes.

Para Foucault (1990), o desenvolvimento das tecnologias do eu, ou seja, o desenvolvimento da hermenêutica do 'eu' é apresentado em dois contextos históricos diferentes e sucessivos. O primeiro, na filosofia greco-romana, nos dois primeiros séculos a.C., sob domínio do baixo império romano. O segundo, na espiritualidade cristã e nos princípios monásticos, desenvolvidos no IV e V séculos do final do alto império romano.

Estas práticas, segundo Foucault (1990), eram conhecidas em grego como '*epimelesthai sautou*', 'o cuidado de si', 'a preocupação de si', 'o sentir-se preocupado, inquieto por si'. Estas práticas consistiam num dos princípios principais das cidades, ou seja, uma das regras mais importantes para a conduta social e pessoal e para a arte de viver. Apesar do princípio '*ghothi sauton*' (conhece-te a ti mesmo) ser representativo e mais enfatizado na filosofia antiga, antes da prática de conhecer-se a si, era, primeiramente, necessário, ocupar-se de si e, por extensão, ocupar-se de si mesmo na cidade.

Foucault (1990) nos coloca que o ascetismo cristão, como a filosofia antiga, se coloca sob o signo do 'cuidado de si' e que a obrigação de 'conhecer-se a si mesmo' é um dos elementos de sua preocupação central. Apresenta várias razões pelas quais na tradição filosófica moderna o 'conhece-te a ti mesmo' tem obscurecido o 'cuida-te a ti mesmo', destacando-se:

- a) tem havido uma transformação dos princípios morais da sociedade ocidental devido a: herança da tradição da moralidade cristã, que

converte a renúncia de si em princípio de salvação; conhecer-se a si mesmo era paradoxalmente a maneira de renunciar a si mesmo; nos inclinamos mais a considerar o cuidar-nos como uma imoralidade e uma forma de fugir de toda a regra possível; herdeiros de uma tradição secular que respeita a lei externa como fundamento da moralidade; herdeiros de uma moral social, que busca as regras da conduta aceitável nas relações com os demais;

- b) a filosofia teórica, de Descartes a Husserl, em que o conhecimento do eu (o sujeito pensante), adquire uma importância crescente como primeira etapa na teoria do conhecimento.

O 'conhece-te a ti mesmo' tem obscurecido o 'preocupa-te a ti mesmo', porque nossa moralidade rigorosa e princípios austeros insiste em que o que se deve rechaçar é o sujeito, para afirmar o outro, especialmente o outro divinizado.

Esta passagem pode ser resumida, portanto, da seguinte maneira: na Antigüidade houve uma inversão da hierarquia dos princípios 'preocupa-te a ti mesmo' e 'conhece-te a ti mesmo'. O 'conhecimento de si', na cultura greco-romana se apresentava como a consequência da preocupação por si e no mundo moderno, constitui o princípio fundamental.

Preocupar-se com a alma é a principal atividade no 'cuidado de si'. O cuidado de si é o cuidado da atividade e não o cuidado da alma em si. O autor refere que o 'cuidado de si', consiste no conhecimento de si. E conhecer-se a si mesmo se converte em busca do cuidado de si, as relações da ocupação consigo mesmo e com as atividades políticas.

A cultura do cuidado de si engloba várias atividades, formando uma rede de obrigações e serviços para a alma, dentre elas: retirar-se dentro de si, estudar, ler, escrever, meditar, preparar-se para as contradições da sorte ou para a morte, tomar notas sobre si mesmo e depois relê-las, escrever tratados ou cartões aos amigos para ajudá-los viver o diálogo, a atividade literária, o sentimento, o pensamento, o desenvolvimento da arte da escrita, o cultivo do

silêncio, a contemplação do eu e do cuidado do eu, o exame de si e da consciência.

Foucault (1990) apresenta três técnicas estoicas do eu: cartas aos amigos e revelação do eu, exame de si e de consciência e a '*askesis*' (recordar), consideração progressiva do eu, o domínio sobre si mesmo, obtido através da aquisição e de assimilação da verdade e não da renúncia da realidade, com o objetivo de acesso ao mundo em que se vive.

A '*askesis*' inclui exercícios de meditação (*melete*) e o 'entregar-se a si mesmo' (*gymnasia*), nos quais o sujeito se põe a si mesmo em uma situação em que pode verificar se é capaz de afrontar acontecimentos e utilizar os discursos de que dispõe.

Além dessas três formas, Foucault evoca outra, 'a interpretação dos sonhos na vida cotidiana'. Para fazê-la, é necessário recordar os próprios sonhos e os acontecimentos ocorridos antes e depois dos mesmos durante o dia e a noite.

Durante o cristianismo primitivo, uma das técnicas principais para o acesso ao eu era uma 'espécie de jogo da verdade'. Para tanto, o cristianismo tem imposto uma série de condições e de regras de conduta, com o fim de obter certa transformação do eu, conduzindo o indivíduo de uma realidade a outra, da vida à morte, do tempo à eternidade. Cada pessoa tinha que saber quem era, saber o que estava se passando dentro de si, admitir faltas, reconhecer as tentações, localizar seus desejos e cada qual estava obrigado a revelar estas informações a Deus ou à comunidade e admitir testemunho público ou privado sobre si.

Uma das formas principais de revelação do eu, utilizada pelos cristãos dos primeiros séculos, segundo Foucault, é a '*exomologésis*', o reconhecimento de fato, que significava reconhecer publicamente a verdade de sua fé ou reconhecer publicamente que eram cristãos.

A diferença entre as tradições estoica e cristã, trazida por Foucault, é que na tradição estoica o exame de si, o juízo e a disciplina mostram o caminho ao conhecimento de si, mediante a imposição da verdade de cada um através

da memória, isto é, memorizando regras. Na tradição cristã, na *'exomologésis'*, o penitente alcança a verdade sobre si por meio de uma ruptura e uma dissociação violenta. A *'exomologésis'* não é verbal, é simbólica, ritualística e teatral.

A *'exagouresis'*, por sua vez, é outra tecnologia para descobrir o eu, surgida no século IV, mais importante que a *'exomologésis'* e menos famosa. Segundo Foucault (1990: 93), esta tecnologia *"trata de uma analítica e contínua verbalização dos pensamentos, levada a cabo na relação da mais completa obediência para outro. Está configurada pela renúncia ao próprio desejo de cada um e a seu próprio"*.

Existe uma significativa diferença entre a *'exomologésis'* e a *'exagouresis'*, embora possuam um elemento importante em comum, ou seja, não pode haver revelação sem renúncia. O primeiro têm seu modelo no martírio, em que o pecador tende 'matar-se' a si mesmo através de macerações ascéticas. Seja através do martírio, ou da obediência ao mestre, a revelação do eu é a renúncia ao próprio eu. O segundo caracteriza-se pela verbalização dos pensamentos e a obediência permanente ao mestre, pela renúncia do 'desejo' e do 'eu' próprios.

Cabe destacar que, ao longo de todo o cristianismo, existiu uma correlação entre a revelação do eu, dramática ou verbalmente, e a renúncia ao eu.

Desde o século XVIII até os dias atuais, diz Foucault, as técnicas de verbalização, tem sido reintroduzidas em contextos diferentes pelas ciências humanas, para serem utilizadas sem que haja renúncia do eu, mas para constituir positivamente um novo eu, em busca de um novo sujeito.

2.1.1.2 – A Tecnologia Pastoral: conjunto de mecânicas de governo

Para Foucault (1990), desde Kant o papel da filosofia tem sido o de impedir que a razão ultrapasse os limites do que é dado pela experiência. O papel da filosofia, com o desenvolvimento dos Estados modernos e a

organização política da sociedade, tem sido o de vigiar os abusos do poder da racionalidade política, no qual se confere a uma esperança de vida promissora. O laço entre a racionalização e o abuso de poder tornam-se evidentes.

Foucault propõe uma maneira de estudar as relações entre racionalidade e poder, destacando o seguinte:

- a) não considerar como um todo a racionalização da sociedade ou da cultura, mas analisar em diferentes campos, dentre eles: loucura, enfermidade, morte, crime, sexualidade, etc.;
- b) descobrir qual é o tipo de racionalidade que se emprega nas relações das práticas acima;
- c) analisar períodos mais longínquos do que o período da Ilustração, para tentar compreender como as pessoas têm constituído sua identidade/individualidade, através do poder individualizante e também conhecido como poder pastoral.

Nas sociedades européias, o poder político tem evoluído para formas cada vez mais centralizadas, no que tange à organização do Estado, com sua administração e burocracia, com o desenvolvimento de técnicas de poder, ou seja, poder pastoral, orientadas para os indivíduos e destinadas a governá-los de maneira contínua e permanente, numa aparente oposição ao poder do Estado.

Foucault procura as origens do poder pastoral ou alguns de seus aspectos na história antiga. Para ele, a idéia da divindade, do rei, do faraó, do chefe consagra a idéia pastoral de rebanhos ou de homens, nas sociedades orientais antigas.

Foucault (1990) evidencia alguns contrastes que o poder pastoral apresenta em relação ao pensamento político grego e mostra a importância que adquire estes temas no pensamento cristão e nas instituições, destacando:

- a) o pastor exerce o poder sobre o rebanho mais que trabalhar uma terra. De uma forma geral, a relação entre a divindade, a terra e os homens difere dos gregos, onde seus deuses possuíam a terra e

esta posse originava e determinava as relações do Deus-Pastor com seu rebanho e que é original e fundamental, pois Deus dá ou promete uma terra a seu rebanho;

- b) o pastor agrupa, guia e conduz o seu rebanho, reúne seus indivíduos dispersos, e que se reúnem ao ouvir a voz do pastor. Quando o pastor está ausente, o rebanho pode tornar a dispersar. No pensamento grego, os chefes políticos (legisladores) buscam acalmar as hostilidades, fazendo prevalecer a unidade sobre o conflito, deixando uma cidade forte, dotada de leis que, independentemente da presença do bom legislador, permanecessem atuando;
- c) o papel do pastor consiste em assegurar a solução do seu rebanho com sua bondade constante, individualizada e finalizada. Uma bondade constante, porque o pastor assegura o alimento a seu rebanho, cada dia sacia sua sede e fome. Bondade individualizada, porque o pastor atende a cada uma de suas ovelhas, para que coma e se salve. A bondade final leva o pastor a dispor de uma meta para o seu rebanho, conduzindo-o para os melhores pastos ou levá-lo de novo ao 'redil'. Os gregos também sustentavam que a divindade salvava a cidade. Ao deus grego se pedia uma terra fecunda e colheitas abundantes. A salvação era buscada para todo o grupo e não pela bondade individualizante;
- d) o exercício do poder é um dever. A bondade pastoral se aproxima da abnegação, porque tudo o que o pastor faz, o faz pelo bem de seu rebanho, velando pelo sonho de suas ovelhas com dedicação. Na vigília, o pastor atua, trabalha e se dedica às ovelhas que alimenta e se encontram dormindo, cuida delas, conhece e presta atenção em todos, sem perder de vista nenhuma. Portanto, o poder pastoral supõe uma atenção individual a cada membro. Para o chefe grego, seria tomar decisões para o interesse de todas as pessoas da comunidade e esse dever era considerado glorioso, quando tivesse

que sacrificar sua vida na guerra, este era compensado pelo dom extremo, a imortalidade.

Estas características que Foucault apresenta são temas contraditórios e paradoxais dos textos hebraicos, nos quais associam as metáforas do Deus-Pastor e de seu povo-rebanho.

O cristianismo teve uma importância considerável, tanto na Idade Média, como nos tempos modernos. As sociedades que apareceram no final da Antigüidade eram consideradas mais agressivas e conquistadoras, a violência mais exacerbada contra elas mesmas e contra as outras, inventaram formas políticas distintas e modificaram em profundidade suas estruturas jurídicas. Desenvolveram uma tecnologia de poder, cujo objeto era a imensa maioria dos homens agrupados em um rebanho guiado por pastores. Isto permitiu estabelecer uma série de relações complexas, contínuas e paradoxais. Foucault (1990: 104) ressalta que o desenvolvimento "*da tecnologia pastoral na gestão dos homens transtornou profundamente as estruturas da sociedade antiga*".

Em várias obras, Foucault busca encontrar metáforas que focalizem a política do pastor e encontra na obra de 'El Político', de Platão esta temática do poder pastoral como foco central. O trabalho do pastor, como cabeça do seu rebanho, consiste em proporcionar alimento a suas ovelhas, cuidá-las quando doentes, tocar música para agrupá-las e guiá-las, além de organizar sua reprodução.

Foucault (1990), aponta alguns aspectos que considera importante na evolução do pastorado na tecnologia de poder, tais como:

- a) **responsabilidade** - o pastor devia assumir a responsabilidade em relação ao destino do seu rebanho em sua totalidade e a cada ovelha, em particular. No cristianismo, o pastor deve dar conta, não somente de cada uma das ovelhas, mas de todas as ocorrências e suas ações. Entre cada ovelha e seu pastor existe um intercâmbio e uma circulação complexa de pecados e de méritos, cujo pecado da ovelha também é imputável ao pastor. O pastor encontrará sua

salvação quando ajudar o rebanho a encontrá-la. Este exemplo assinala de uma forma a força dos laços morais que associam o pastor a cada membro de seu rebanho, referente à sua vida e aos detalhes de seus atos;

- b) **obediência** - ao ser Deus um pastor na visão hebraica, o rebanho que lhe segue se submete à sua vontade e à sua lei. No cristianismo, havia uma relação de dependência individual, submissão pessoal e completa entre o pastor e suas ovelhas, divergindo do pensamento grego, que obedecia porque era lei ou vontade da cidade;
- c) **o pastorado cristão supõe um conhecimento particular entre o pastor e cada uma das ovelhas** - este conhecimento é particular e individualizado. O pastor deve estar informado das necessidades materiais de cada membro do grupo e satisfazê-las, saber o que cada um faz e saber o que sucede na alma de cada um, conhecer seus pecados, sua progressão na vida da santidade.

O cristianismo se apropriou de dois instrumentos essenciais para assegurar o conhecimento individual, o exame da consciência e a direção da consciência. A direção da consciência constituía um laço permanente em que a ovelha se deixava conduzir vitoriosamente através de algum passo difícil, se deixara conduzir a cada instante. O exame de consciência tinha um propósito de não cultivar a consciência de si mesmo, senão permitir que se abrisse por completo a seu diretor, para revelar as profundezas da alma. O laço entre a direção e o exame da consciência traduz a aparição de um fenômeno estranho à sociedade greco-romana, ou seja, na organização de um laço entre a obediência total, o conhecimento de si mesmo e a confissão à outra pessoa;

- d) **a mortificação neste mundo** - não é a morte, mas a renúncia ao mundo e consigo mesmo, uma espécie de morte diária, que proporciona a vida em outro mundo.

Foucault coloca que a mortificação cristã é uma forma de relação consigo mesmo e um elemento e uma parte integrante da identidade cristã. O pastorado cristão trouxe uma espécie de jogo estranho, cujos elementos são a vida, morte, verdade, obediência, os indivíduos, a identidade e que parece não ter nenhuma relação com a cidade que sobrevive através do sacrifício de seus cidadãos. E como diz o autor (1990: 117), *“nossas sociedades têm demonstrado ser realmente demoníacas no sentido que associaram estes dois jogos, o da cidade e o do cidadão, e o do pastor e rebanho, isso que chamamos de Estados modernos”*.

Foucault dentro de sua obra e desta temática do governo dos indivíduos por sua verdade se refere também à formação do Estado, em um sentido moderno do termo, em que praticamente o aspecto pastoral de poder não foi triunfante durante o período de dez grandes séculos na Europa cristã, devido a distintas razões e natureza, dentre elas destacam-se:

- **econômica** - o pastorado das almas é praticamente urbana, dificilmente conciliável com a pobreza e economia rural;
- **cultural** - o pastorado requer um nível de cultura do pastor e de seu rebanho;
- **estrutura sociopolítica** - o feudalismo desenvolveu entre os indivíduos um tecido de laços pessoais de um tipo muito distinto do pastorado.

Ao longo da Idade Média, o pastorado não se instituiu como governo efetivo e prático dos homens. Foi um período em que manifestou-se um desejo intenso de estabelecer relações pastorais entre as pessoas e esta aspiração afetou a corrente mística e os grandes sonhos milenaristas.

Para Foucault, a razão de Estado tentava definir em que medida os princípios e os métodos de governo estatal diferem, por exemplo, da maneira em que Deus governava o mundo, o padre sua família ou um superior sua comunidade. A natureza dos objetos da atividade racional do Estado é definida

pela doutrina da polícia, enquanto define a natureza dos objetivos que persegue e a forma geral dos instrumentos que a emprega.

O governo racional se resume, segundo Foucault (1990), e considerando a natureza do Estado, como possível de vencer seus inimigos durante um período de tempo indeterminado, é capaz de fazê-los homens, aumentando sua própria potência e seus inimigos também o fazem. Supõe que os Estados são realidades que devem, necessariamente, resistir durante um período histórico de uma duração indefinida, em uma área geográfica em litígio.

Para Foucault, os autores dos séculos XVI e XVII entendem por polícia, uma técnica de governo constituído de domínios, técnicas e objetivos, que requerem a intervenção própria do Estado e não como uma instituição ou um mecanismo funcionando no âmago/interior do Estado.

Enquanto forma de intervenção racional, que exerce um poder político sobre os homens, Foucault (1990), coloca que o papel da polícia consiste em proporcionar um pouco mais de vida, oferecendo com isso, mais força ao Estado.

Para Foucault, ao longo do século XVIII e sobre toda a Alemanha, o objeto da polícia é a população, um grupo de indivíduos que vivem em uma área determinada. Resumindo, Foucault apresenta os postulados básicos que considerou em seu estudo sobre a arte de governar, ou seja:

- a) o poder não é uma substância, tampouco é um misterioso atributo, cuja origem deveria explorar. O poder não é mais que um tipo particular de relações entre indivíduos. O sinal distintivo do poder é que alguns indivíduos podem, mais ou menos, determinar por completo a conduta dos outros indivíduos mas jamais de modo exaustivo e coercitivo. Se um indivíduo é capaz de permanecer livre, por muito limitada que seja sua liberdade, o poder pode submeter-lhe ao governo. Não há poder sem que haja oposição ou rebelião em potência;
- b) no que diz respeito às relações entre homens, existem inúmeros fatores que determinam o poder, em que a racionalidade não deixa

de prosseguir sua tarefa e de revestir formas específicas. O governo dos homens pelos homens já formam grupos importantes ou modestos, já se trata do poder dos homens sobre as mulheres, dos adultos sobre as crianças, de uma classe sobre a outra uma burocracia sobre uma população, supõe uma certa racionalidade e não uma violência instrumental;

- c) os que resistem ou se rebelam contra uma forma de poder não podem satisfazer-se, denunciando a violência ou criticando uma instituição. O que faz falta é voltar a por em tela de juízo a forma de racionalidade existente.

Diz Foucault (1990) que, durante séculos, o Estado tem sido uma das formas de governo mais humano, mais notável e, ao mesmo tempo, uma das mais temíveis e que a racionalidade política tem se desenvolvido e sido imposta ao longo das histórias das sociedades ocidentais. Primeiro se enraizou na idéia do poder pastoral e depois na razão do Estado. A individualização e a totalização são efeitos inevitáveis. A liberação não pode vir mais que o ataque, não um a um ou ao outro desses efeitos, senão às raízes mesmas da racionalidade política.

Ao finalizar a descrição das idéias mais importantes que Foucault tem apresentado a respeito das Tecnologias do eu e a pastoral trago um quadro comparativo apresentado por Caponi (1995), na disciplina Filosofia da Ciência e Saúde II, baseado também na mesma fonte bibliográfica em que consultei e retirei as informações acima descritas.

QUADRO 1- Paralelo entre as Tecnologias do eu e Tecnologia Pastoral

TECNOLOGIAS DO EU	TECNOLOGIA PASTORAL
rei - associa virtudes, temperamentos contrários numa comunidade de iguais	pastor: governa aos indivíduos de modo contínuo e permanente, proporciona alimentos, cuida os enfermos, unifica e pune aos dispersos, organiza a reprodução. Assiste e controla os pensamentos e os atos de cada uma das ovelhas, garante a salvação do rebanho. O pastor conhece o melhor caminho para as ovelhas. Vive para os outros (abnegação/ entrega), nada pede para ele próprio.
Conhecimento de si - autodomínio	Conhecimento de cada uma das ovelhas: totalização-individualização. Instrumentos: exame da consciência e direção de consciência.
As perguntas se referem a esta vida.	Pertence às religiões de salvação que deve conduzir de uma realidade a outra, da vida à morte, do tempo à eternidade.
Como diálogo a dialética-persuasão.	Impõe obrigações de verdade, aceitação de dogmas e de autoridades: conjunto de obrigações e de livros como verdades permanentes.
Cuidado de si	É uma religião confessional: cada um deve localizar seus desejos e admitir seus erros, e tem obrigação de revelar essas coisas a Deus ou a comunidade (purificação da alma).
Construção da individualidade – autonomia.	O eu se constrói através da obediência, renúncia aos desejos do próprio eu.
Possui responsabilidade própria.	Força dos laços morais, o pastor é responsável por cada ovelha e por cada um de seus atos.
Obediência por força da lei ou persuasão. Apatéia domínio das paixões através da razão.	Obediência é pensada como virtude, como fim em si. Patos: vontade dirigida a si e para si. Apatéia: liberta dessa pretensão.
Não sacrifício.	Mortificação: renúncia ao mundo, à vida, prazer, desejo e ao corpo/ morte diária.
	O poder pastoral estabelece uma síntese entre: a obediência total, o conhecimento do próprio eu, e a confissão dirigida a outros (autoridade).

Fonte: Caponi, Sandra. In: *Apontamentos de aula da disciplina Filosofia da Ciência e Saúde II*, Florianópolis, 1995.

O leitor pode estar se perguntando porque percorri esta trajetória das tecnologias do eu e a tecnologia pastoral? O que essas tecnologias têm a ver com a Enfermagem e com este estudo?

Lunardi (1997), em sua tese de doutoramento, buscou discutir a temática da governabilidade nos limites percebidos entre as tecnologias de

exercício do poder pastoral e as tecnologias do eu, direcionando seu olhar para os discursos produzidos pela enfermagem ao longo de sua história e para a análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1980 a 1995.

A autora, em seu trabalho, destaca que as tecnologias de poder, como as do poder disciplinar e as do poder pastoral, consistem na objetificação, ou seja, os seres humanos são transformados em objeto/coisa, através das suas condutas e sujeições a determinados fins ou dominações. Encontrou, ao longo da história e na produção científica de enfermagem, a predominância da tecnologia pastoral, destacando os elementos descritos anteriormente, ou seja, a responsabilidade, a obediência a abnegação e a confissão, apontados por Foucault (1990).

As tecnologias do eu, segundo Lunardi (1997: 247) consistem em práticas que:

permitem ao indivíduo, através de si e com auxílio de outros, a realizar determinadas operações em seus corpos e almas, de modo a transformarem-se a si mesmos e alcançar um estado de pureza, sabedoria, felicidade ou perfeição.

Analisou também seus dados com o olhar voltado para a tecnologia do cuidado de si, como estratégia de tematização da ética e, conseqüentemente, da liberdade e da autonomia dos sujeitos. As publicações científicas encontradas nas Revistas Brasileiras de Enfermagem foram analisadas dentro deste enfoque, desde que manifestassem alguma tendência e movimento na direção de que o cliente participasse do seu próprio cuidado, até aqueles que expressassem uma busca efetiva do exercício da autonomia e da liberdade do cliente no cuidado de si e, dentro desta perspectiva, os discursos que mais se destacaram foram aqueles que valorizam a ação dos clientes em tomarem parte de sua assistência, assim como em dar conta do seu próprio cuidado.

Em relação à tecnologia pastoral e tecnologia do cuidado de si houve, no trabalho referido uma maior predominância do primeiro. A autora (1997: 247) propõe uma mudança na forma de fazer enfermagem, em que

é negado o exercício do poder pastoral aos clientes, respeitando os limites de atuação profissional frente às possibilidades de cuidado de si dos sujeitos, antes de representar uma manifestação de conformismo com o que aí está, significa o reconhecimento do cliente como sujeito da história e da sua história pessoal.

Por todas essas relações feitas e acreditando num homem histórico e emancipado é que busquei utilizar as tecnologias do eu para fazer a classificação do saber científico produzido pela enfermagem, porque suponho que o conceito de tecnologia emancipatória esteja muito próximo à proposição de Foucault, na medida em que o autor introduz a idéia de que as tecnologias produzem consequências sobre as relações humanas, emancipando, ou não, os indivíduos, pensamentos que desenvolvo mais adiante. A aproximação se dá, fundamentalmente, em relação às tecnologias do poder, mas a idéia de emancipação está também vinculada às questões simbólicas e às questões subjetivas.

2.1.2 – Tecnologia Apropriada: um enfoque a ser considerado

A intenção de trazer alguns aspectos em relação à tecnologia apropriada foi concretizada, porque ela permite dar uma outra conotação da mesma, proporcionando aos profissionais o conhecimento deste aspecto, bem como estimulá-los à construção e aplicação de tecnologias, levando em consideração os componentes e características da tecnologia emancipatória.

Embora a tecnologia apropriada não tenha sido estudada enquanto tal, pode aparecer quando da análise do saber de enfermagem, com diferentes denominações, tais como: tecnologia alternativa, intermediária e não agressiva.

A tecnologia apropriada, em seu sentido amplo, é considerada por Barroso *et al.* (1983) na aplicação sistemática de conhecimentos (métodos, técnicas, processos e produtos) para a solução de problemas identificados pela própria comunidade, de forma a se evitar efeitos negativos sobre a sociedade, a economia, a cultura e ao meio ambiente onde será aplicada.

Portanto, a tecnologia apropriada está intimamente relacionada com o princípio de que a melhor tecnologia é aquela que, se escolhida e utilizada por um grupo social, atenderá suas necessidades e aspirações.

Barroso *et al.* (1983) destaca que qualquer tecnologia a ser produzida e utilizada necessita possuir algumas características essenciais, dentre elas: atributos de segurança, eficiência e eficácia, simplificação (que não deve ser confundida com redução de qualidade ou de transformação em tecnologia de segunda categoria), adequação ou aceitação cultural, necessidades das pessoas e o custo mais reduzido (a factibilidade econômica é também condição fundamental).

Estes mesmos autores (1983: 6) elencam uma série de critérios que poderão auxiliar na identificação do que possa constituir ou não uma tecnologia apropriada, como simples elementos de juízo. Eles basearam-se nos estudos do Grupo de Trabalho sobre Tecnologia Apropriada da Costa Rica, em julho de 1980, a seguir descrito:

- *que seja criada e/ou adaptada e reproduzida na região onde for utilizada, e que seja determinada a partir das necessidades comunitárias;*
- *que seja factível economicamente;*
- *que tenha base científica eficiente;*
- *que esteja em concordância com a cultura local;*
- *que conte com a participação organizada da comunidade na seleção de alternativas;*
- *que se utilize no máximo dos recursos técnicos, humanos, instrumentais, econômicos e ambientais disponíveis na comunidade, ou em sua região;*
- *que seja geradora de empregos, utilizando-se das habilidades e força de trabalho local;*

- *que seja em escala compatível para realização local, propiciando maior eficácia dentro da cultura dos grupos e em harmonia com o meio ambiente;*
- *que seja assimilada, controlada e mantida pelo pessoal local, possivelmente com pequeno grau de instrução formal e conhecimento técnico, evitando excessiva supervisão e manutenção;*
- *que se utilize, preferencialmente, de fontes de energia locais, tais como: solar, eólica, hidráulica, biogás, humana, de tração animal, etc.;*
- *que possa ser modificada e adaptada às circunstâncias ambientais onde estiver sendo aplicada;*
- *que seja passível de domínio público, ou seja, que sua reprodução e/ou fabricação não seja monopolizada por indústrias ou grupos econômicos.*

Castor (1983), baseado em vários estudos realizados por diversos autores, propõe um grupo de sete critérios para analisar de maneira multidimensional, as tecnologias, ou seja:

- a) **eficiência econômica** - uma tecnologia apropriada precisa ser competitiva em termos econômicos;
- b) **impactos da tecnologia em exame sobre as escalas de funcionamento de produção do sistema social** - quanto maior for a compatibilidade entre a escala de funcionamento de uma tecnologia e as finalidades de seu uso, mais apropriada ela será;
- c) **grau de simplicidade** - uma tecnologia apropriada deve ser simples, ou seja, fácil de entender e usar sem necessidade de conhecimentos esotéricos;
- d) **densidade de capital e trabalho requeridos** - quando a disponibilidade de mão de obra for grande e a capacidade destes empregos proverem os indivíduos com oportunidades para expressão de suas capacidades criativas e produtivas, tecnologias que utilizem intensamente o trabalho humano são mais apropriadas. Portanto, serão mais apropriadas as tecnologias que permitirem a um maior número de pessoas tirar sua subsistência de seu trabalho,

aquelas que contribuírem para o enriquecimento espiritual das pessoas, para a redução da monotonia, do desinteresse e da alienação no trabalho;

- e) **nível de agressividade ambiental** - quanto menos uma tecnologia agredir o ambiente natural, mais apropriada ela será;
- f) **demanda de recursos finitos** - quanto mais econômicas forem em termos de consumo de materiais finitos, serão mais apropriadas, ou seja, se baseiam em fluxos renováveis de energia, apresentam alta durabilidade e podem ser recicláveis;
- g) **grau de autoctonia e auto-sustentação permitidos pela tecnologia em exame** - quanto mais uma tecnologia depende de recursos disponíveis no próprio sistema social em que é ou vai ser empregada, mais apropriada será. A autoctonia é, igualmente, um elemento importante para a preservação da cultura local.

Castor (1983) coloca que, para uma tecnologia ser apropriada, é necessário também que ela produza efeitos favoráveis (ou o menos desfavorável possível), considerando-se em sua produção e aplicação os critérios acima listados. Diz, ainda, que nenhuma tecnologia é apropriada em sentido absoluto, ou seja, ela será mais ou menos apropriada, à medida em que permitir que o sistema social em que é ou vai ser empregada se aproxime ou afaste das características ideais que deveria apresentar.

Outro autor que vem desenvolvendo estudos sobre esta temática, a qual denomina de intermediária, é Schumacher (1981). Ele questiona se realmente podemos criar uma tecnologia que nos ajude a resolver nossos problemas e que também apresente uma 'fisionomia humana'. Segundo o autor, a tecnologia moderna (nem todas) tem privado o homem do tipo de trabalho que ele mais aprecia, ou seja, o trabalho criativo e útil, com o cérebro e as mãos, e deu-lhe abundantemente um trabalho do tipo fragmentário, em que as pessoas estão excessivamente ocupadas em tarefas (muitas vezes desnecessárias), revelando com isso, uma face cada vez mais desumana.

Diante disso, o autor enfatiza que precisamos um tipo diferente de tecnologia, uma tecnologia com 'rosto' humano que, em vez de tornar redundantes as mãos e os cérebros humanos, os ajude a tornarem-se mais produtivos que nunca, uma tecnologia que é planejada para servir à pessoa humana, ou que todos podem ter acesso, serve à produção pelas massas em vez de produção em massa. Ele denomina esta tipologia tecnológica de intermediária, de auto-ajuda ou tecnologia democrática ou do povo.

Schumacher (1981: 160) refere que a *"tecnologia intermediária se enquadraria de um modo muito mais natural no ambiente relativamente rudimentar em que vai ser utilizada"*. O autor, baseado em Gadgil e Gokhale, esboçou três possíveis abordagens para a criação da tecnologia intermediária, apresentadas a seguir:

- a) a partir das técnicas existentes na indústria tradicional, começando a utilizar o conhecimento delas para transformá-las (reter alguns elementos do equipamento, habilidades e métodos existentes), adequadamente;
- b) partir do final da mais adiantada tecnologia e ajustá-la, de modo a atender às necessidades da intermediária, realizando ajustamentos e circunstâncias locais especiais;
- c) a realização de experiências e pesquisas num esforço direto para estabelecer a tecnologia intermediária, necessitando, para isso, definir a escala de operações visadas, os custos relativos de capital e mão de obra e a escala de seus suprimentos possíveis ou desejáveis.

Portanto, Schumacher (1983: 141) pontua que uma tecnologia intermediária *"dotada de fisionomia humana, é possível de fato, e reintegra o ser humano, com suas mãos hábeis e cérebro criador, no processo produtivo"*. Sua obra é intitulada 'O negócio é ser pequeno', mas valoriza e centraliza nas pessoas o seu maior objetivo.

A importância de uma nova tecnologia não está na sua viabilidade técnica e econômica, mas sim voltada ao ambiente sócio-cultural de uma realidade vigente. Paim (1981) refere que a tecnologia apropriada é um tema que está sendo discutido também no âmbito da saúde, é recente, embora tenha surgido no início da década de setenta. Qualquer tecnologia pode ser apropriada, dependendo de quem vai usá-la e do fim a que se destina. Diz a autora que a tecnologia apropriada não tem significado intrínseco, a não ser quando estão especificados os elementos econômicos culturais em que ela vai ser usada. Paim (1981: 80-81) pontua as conseqüências mais comuns da utilização de tecnologia não apropriada nos serviços de saúde, refletindo-se em:

a) elevação crescente do custo dos serviços de saúde - como resultado da utilização de equipamentos e materiais sofisticados, frequentemente importados, exigindo para sua operação, pessoal qualificado e, conseqüentemente, de alto custo de formação, melhor remunerado, além dos gastos em treinamento especial para os elementos técnicos;

b) baixa cobertura dos serviços de saúde, condicionada por dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, dificuldades essas de natureza geográfica, cultural, organizacional e econômica;

c) baixo impacto das ações de saúde visto que os efeitos ou os resultados obtidos são pouco relevantes na modificação do quadro sanitário;

d) aumento de efeitos iatrogênicos;

e) sub-utilização ou utilização inadequada dos recursos humanos para a saúde;

f) persistência de capacidade instalada ociosa principalmente no sub-setor de internação;

g) pouco engajamento da população nas ações de saúde, impossibilitando a sua capacidade para o provimento do autocuidado e autodeterminação.

Diante dessas conseqüências, ora apresentadas, Oliveira (1981: 88) enfatiza que a tecnologia apropriada, na área de saúde, deve visar com prioridade "a tecnologia de processo, ou seja, o desenvolvimento de técnicas,

métodos e procedimentos, cuja adaptação e operacionalização é mais difícil que a tecnologia de objeto, isto é, do uso de equipamentos, instalações”.

É necessário, portanto, que os profissionais de enfermagem comecem também a desenvolver tecnologias apropriadas e com possibilidades emancipatórias, procurando se informar, através de todos os meios disponíveis, encontrando maneiras de divulgarem as experiências que realizam em seus locais de trabalho, tanto no que se refere aos componentes de processo, como de objeto (produto). Os profissionais, nesse sentido, precisam relacionar a tecnologia apropriada com a cultura, com hábitos e costumes das pessoas, com as reais possibilidades da clientela e de proporcionar a sua participação. Para isso, também é necessário que os envolvidos na produção e aplicação de tecnologias usem a criatividade, a arte e ou engenhosidade, para descobrir novas formas de agir em situações tão complexas e tão variadas como é a questão da saúde. Neste sentido, Paim (1981: 85) diz que

para proporcionar cuidados básicos de saúde, há necessidade de tecnologia elementar, fácil de ser compreendida pela população e fácil de ser aplicada por pessoas sem preparo formal. Identificar e desenvolver esta tecnologia constitui parte da transformação radical na área de saúde.

Diante das considerações feitas, em relação à tecnologia apropriada, num sentido mais geral, e também no enfoque da saúde, gostaria de enfatizar alguns aspectos sobre a importância e o papel da tecnologia apropriada, na extensão de cobertura para alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2.000”, incluídas no Documento da Organização Panamericana de Saúde - OPAS (s.d.). A expressão tecnologia (qualidade, quantidade, tipo, complexidade, uso, etc.) não pode estar, em nenhum momento ou circunstância, separada da política implícita do setor que prestará os serviços de saúde. A importância que os fatores políticos possuem sobre as decisões em tecnologias é determinante. Está expresso que uma política de tecnologia deve ser orientada para a criação de novas formas de fazer as coisas, dentro do

contexto cultural, econômico, social de cada espaço político-geográfico. Está contido, ainda, no documento (s.d.: 10), que a tecnologia é

um instrumento que articula o sistema social constituído pelos valores sociais do ser humano, e o sistema natural, o ambiente no qual ele atua e se desenvolve. Assim, a tecnologia tem sido a ferramenta de que o ser humano se tem valido para transformar a natureza em seu proveito e bem-estar. Por sua vez, estas transformações do meio tem modificado os valores e o estilo de vida das sociedades.

Portanto, a estreita relação entre a tecnologia, o sistema social e o sistema natural tem sido determinante no intenso desenvolvimento tecnológico que tem levado alguns países e sociedades à determinação de seu atual estilo de vida.

Ao finalizar estas breves considerações acerca de tecnologia apropriada, espero que possa despertar e estimular o enfermeiro a produzir e utilizar a tecnologia apropriada com componentes emancipatórios, que mais adiante serão especificados, e que isso não signifique, como muitos pensam, um retrocesso no desenvolvimento e na adoção de algo obsoleto ou pouco eficiente, mas sim que seja uma oportunidade de buscar nelas opções de melhoria de vida das pessoas.

2.2 – TECNOLOGIA NA SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO E SUAS RELAÇÕES COM O PROCESSO DE TRABALHO: Buscando algumas Aproximações

2.2.1 – As Práticas de Saúde Instintivas

Os trabalhos que adotam a tecnologia como enfoque na área de saúde, são, segundo levantamento realizado por Cordeiro e Tavares (1985), ainda incipientes. Eles apontam que os estudos, de um modo geral, abordam a

'tecnologia médica' sob os ângulos dos ensaios clínicos, tais como: procedimentos cirúrgicos, medicamentos e procedimentos diagnósticos, sendo limitada a produção científica que se refere à avaliação tecnológica. A própria Organização Panamericana de Saúde (1978, 1983 e 1985) enfatiza esses aspectos.

Maia (1984: 104) apresenta um conceito de tecnologia médica, que me parece pode ser estendido no campo da tecnologia em saúde, ou seja, como " o conjunto ordenado de todos os conhecimentos e instrumentos utilizados na produção, distribuição, uso e organização dos serviços médicos". Isto quer dizer que a tecnologia médica é também uma força produtiva de bens e serviços e, como tal, está dentro de um sistema de relações sociais, o que traz à luz da análise importantes implicações teóricas.

Para Gonçalves (1994: 32 e 85), a tecnologia é concebida " como um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social". Para ele, o conceito de tecnologia também está relacionado aos nexos (à disposição) estabelecidos entre os elementos (o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a atividade do trabalho) de uma certa prática (experiência médica), no seu nível interno e, ao mesmo tempo, em função das articulações sociais que a determinam.

Outro autor que apresenta o conceito de tecnologia, o qual pode servir para a área da saúde, é Vianna (1994: 210), que a define como "o conjunto de 'know-how', habilidades e conhecimentos teóricos e práticos que são utilizados pelas firmas com o propósito de produzir e vender produtos e serviços". Apresenta, ainda, dois níveis de compreensão, o primeiro caracterizando-se como artefato, isto é, como produto e processo de produção com que cada firma desenvolve e supre o mercado; o segundo, assinalando a base de conhecimento, que inclui não apenas o saber científico aceito, mas também as idéias, conceitos e modos tácitos necessários a uma produtividade particular.

O conceito de tecnologia, por mim enunciado e apresentado anteriormente, neste sentido, é aplicável ao campo da saúde. Tentarei, nesse espaço, buscar algumas aproximações acerca do tema proposto. Gostaria

também de expressar, nessa construção teórica, algumas reflexões acerca da práxis profissional de enfermagem e suas relações, enquanto processo de trabalho, para perceber o quanto é importante a inclusão de tecnologias emancipatórias, para possibilitar o crescimento e libertação dos envolvidos no processo de cuidar.

Por isso, para fazer qualquer tipo de análise sobre a enfermagem, é imprescindível reportar-se ao passado, às origens e raízes dos fatos, para compreender e analisar o contexto atual. É nesse sentido que faz-se necessário desnudar a forma como se processou e processa a história da Enfermagem, resultante de condicionantes econômicos, políticos, ideológicos e sócio-culturais e não meramente uma sucessão de fatos desintegrados de todos esses elementos, nos distintos cenários ao longo do tempo.

Para facilitar uma melhor compreensão do desenvolvimento das práticas de saúde, principalmente na enfermagem, irei desenvolver meu pensamento baseado nas adaptações das etapas apresentadas por Geovanini *et al.* (1995), ou seja: as práticas de saúde instintivas, as práticas de saúde mágico-sacerdotais, as práticas de saúde no alvorecer da ciência, as práticas de saúde monástico-medievais, as práticas de saúde pós-monásticas, as práticas de saúde no mundo moderno e contemporâneo: enfocando a medicina e a enfermagem. Para começar a entender o complexo mundo do trabalho e suas relações, busco evidenciar alguns aspectos que influenciaram a formação do trabalho da enfermagem.

Betancourt (1995) refere que um dos aspectos que marca a transformação e domínio do homem em relação ao mundo é a criação de ferramentas com a utilização dos materiais naturais da terra, pedra, madeira, osso, etc. O homem, então, começa a atuar sobre a natureza para transformá-la, em uma perspectiva de obter os benefícios de acordo com suas necessidades. Neste sentido, surge o trabalho como uma manifestação consciente de troca entre o homem e a natureza, com a participação, portanto, do pensamento. Nessa troca, o processo de humanização é sua essencialidade e nele se definem também as relações entre os seres humanos.

Os homens começaram a produzir seus instrumentos de modo rudimentar, além de utilizar os que se encontravam na natureza (pedras, paus, ossos). Inicialmente eram ferramentas grosseiras, feitas de pedra, de madeira, de chifres ou de ossos. O homem descobriu o fogo, o que foi muito importante para a evolução da humanidade, surgindo, também, arco, flechas, barcos, etc.

As práticas de saúde instintivas, basicamente, consistiam de medidas higiênicas, surgindo no primeiro estágio da civilização. Os grupos nômades primitivos relacionavam-se com a natureza, buscando nela a sua sobrevivência e locais que os afastasse das intempéries. Esses grupos começaram a se estabelecer em locais de uma maneira mais permanente, após aprenderem a cultivar a terra. Quando isso ocorria, os grupos foram se corporificando e passaram a constituir-se nas sociedades tribais, em que a agricultura (trigo, cevada, milho, arroz) passou a ser comercializada, surgindo, com isso, a forma mais primitiva de economia e também a organização social. Portanto, a comunidade primitiva foi a primeira fase ou a primeira forma histórica de organização dos homens. Com os novos instrumentos de trabalho, foi possível fazer mais cultura da terra (agricultura) e criação de gado (pecuária), decorrendo com isso a primeira grande divisão do trabalho na sociedade, ou seja, a pecuária separou-se da agricultura.

Rezende (1989) diz que as variações climáticas obrigaram as pessoas a recorrer a abrigos naturais, posteriormente a construção de casas, a produção têxtil (tecelão), embora incipiente, o que exigia conhecimento das matérias primas (linho, algodão, lã) e dos processos de confecção. As artes domésticas (colheres, pratos, copos, etc.) e as artes parietais (pinturas e desenhos) eram considerados avanços do pensamento e da ação do 'homo-sapiens'. O homem exercia funções patriarcais e as mulheres a habilidade psicomotora da prática do cuidar, constituindo dessa forma a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da humanidade.

A Enfermagem, nesta época, nasce da atenção que a mulher ou a mãe, empiricamente, prestava ao doente, filho ou parente, associando esse atendimento às necessidades dos membros de sua família, no interior dos lares. Como o cuidado ao doente era feito em casa e prestado quase sempre

pelas mulheres, o trabalho de enfermagem está, na sua origem, associado ao trabalho feminino, desprestigiado, servil, sem nenhum conhecimento esotérico, portanto pouco valorizado socialmente, relegando a mulher, através dos tempos a uma posição submissa, não intelectual. Era uma 'obrigação' moral prestar esse cuidado, como parte das tarefas domésticas.

Outra leitura que pode ser feita é que a mulher, mãe e esposa cuidava de seus membros de forma globalizada, uma vez que possuía uma relação de afetividade integral, ou seja, o doente era considerado um ser humano e não um ser com uma parte doente.

Assim, como observa Geovanini *et al.* (1995), a enfermagem está em sua natureza intimamente relacionada, ao cuidar das sociedades primitivas e associadas ao trabalho feminino.

Para Rezende (1989:15) o nomadismo primitivo

se encarregava de disseminar as doenças, mas também os comportamentos em relação a elas. É provável que duas distinções já se esboçassem: a das doenças externas, constituídas de lesões macroscópicas - lesões cutâneas, musculares e ósseas, causadas, em geral, por agentes externos que penetravam no corpo e as doenças internas - as que desenvolviam no interior do corpo e que não podiam ser relacionadas com as circunstâncias do 'habitat'.

A medicina empírica pode ter sido originada das doenças externas (causa-efeito) e as doenças internas, em muitas situações, eram atribuídas a causas sobrenaturais, sendo que até hoje, em algumas sociedades, os mágicos e feiticeiros é que cuidam dos enfermos. Para Martín (1975), a medicina primitiva foi por necessidade religiosa e mágica. A doença era causada por um 'espírito', de tal maneira que o homem devia lutar, e para isso utilizava métodos mágicos, sobrenaturais, a religião e a medicina religiosa. Essa associação entre a magia, a religião e a medicina perdurou até a Idade Média.

Nesse sentido, Rezende (1989) coloca que o cuidador de doenças reunia as funções de artista, cirurgião, feiticeiro, botânico, médico e enfermeiro

e que seu poder era inquestionável. O conceito de saúde estava envolto com o misticismo e o sucesso ou fracasso da intervenção dependia mais da divindade aceitar ou não os rituais e oferendas.

Nesse período, a tecnologia (forma primitiva) que subsidiava o cuidado dos enfermos nas sociedades tribais, ainda hoje, não é totalmente conhecida. Usavam-se substâncias purgativas e provocadoras de vômitos, banhos frios e quentes, massagens, máscaras, pinturas, trepanações cranianas, entre outros. Portanto, os que cuidavam das doenças detinham o saber, feito de muitas ações, e que tinha sido revelado na criação dos ritos, na estipulação de normas técnicas primitivas e, sobretudo, na tentativa de relacionar as causas e efeitos das doenças.

Todas estas práticas de proteção e cuidados à saúde já refletiam a importância da manutenção da vida, para reproduzirem e perpetuarem os seres humanos. No começo, portanto, os métodos foram a magia e a religião e posteriormente a medicina religiosa, que a seguir será enfocada.

2.2.2 – As Práticas de Saúde Mágico-Sacerdotais

Este período corresponde à fase de empiricismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C. Nesta época, a produção aumentava, os rebanhos eram numerosos. Rezende (1989) pontua que, com o emprego de tecnologia de irrigações artificiais, as colheitas tornaram-se mais frutíferas, surgindo assim o excedente e o comércio, requerendo com isso, mais força de trabalho e mais extensões de terra. O Centro de Estudos Angolanos (1990) refere que aí começa a surgir a sociedade escravista, principalmente na Europa, começando-se a utilizar o cobre (mais maleável), o bronze e o ferro na fabricação de facas, machados, punhais, espadas, foices, arados, etc., permitindo ao homem estender seu campo de atividades, juntamente com o artesanato (braceletes, colares) e se especializando também em produzir armas, cada vez mais aperfeiçoadas.

Surgem, com isso, as relações de dominação e submissão, transformando, consideravelmente o pensar e fazer do homem primitivo, modificando também os valores de solidariedade na manutenção da sobrevivência.

Com a separação do artesanato da agricultura (segunda grande divisão social do trabalho) dá-se, então, um novo desenvolvimento da troca e aparece a moeda (mercadoria universal), que servia para avaliar as outras mercadorias, servindo de meio de troca, surgindo dessa forma os mercadores ou comerciantes, constituindo-se, assim, a terceira grande divisão social do trabalho.

Com o desenvolvimento do artesanato, começaram a formar-se as cidades, concentrando-se nelas algumas profissões e o comércio, constituindo a separação entre a cidade e o campo.

Na sociedade escravista, as relações de produção em que os meios de produção (terra, instrumentos de trabalho, etc, tal como homens), eram de propriedade do senhor e as relações eram de domínio e de sujeição entre senhores e escravos. Regressando à Antiguidade grega, o trabalho manual é enfocado, por Aranha e Martins (1993: 10), como sendo “ *desvalorizado por ser feito por escravos, enquanto a atividade teórica, considerada a mais digna do homem, representa a essência fundamental de todo o ser racional*”.

Para Rezende (1989), com o aumento das riquezas e a propriedade do homem superior à da mulher, faziam-se necessários herdeiros, que entrariam um dia na posse dos bens paternos, perpetuando esse poder, surgindo dessa forma o patriarcado. Diz a autora, ainda, que só essas alterações sociais não são suficientes para explicar a divisão da sociedade em classes. O elemento fundamental parece ter sido o desenvolvimento de tecnologias, com pesquisa de novas matérias primas, aprimoramentos tecnológicos e, sobretudo, refletir a respeito dessas técnicas.

Para Geovanini (1995), a religião, como fenômeno cívico, têm interferência marcante nas pessoas, e esta dá expressão maior aos deuses, cujo teor mitológico e dogmático corresponde às expectativas dos governantes.

Cada cidade possuía um deus-protetor e cada atividade era regida por um ente mitológico.

Segundo a mesma autora (Geovanini, 1995: 7), "*a religião corresponde às necessidades individuais de sobrevivência do povo que almeja a felicidade material, a saúde do corpo e a imortalidade da alma*". Assim, a prática de saúde associa-se à prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito.

Os sacerdotes, portanto, exerciam o papel mediador entre os homens e os deuses, encarregavam-se da essência dos rituais, detendo o saber-poder da cura da vida, prevenção dos males e da morte, possuíam um saber e uma prática, considerados inatingíveis para o homem comum da época. Aos leigos cabiam as ações dos rituais e os filósofos detinham-se nas especulações teóricas dos problemas de saúde.

Nos templos consagrados a 'Esculápio-Asclépeions', concentravam-se multidões de doentes. Esses templos eram construções amplas, rodeadas de bosques e águas termais, cuja beleza natural os tornava convenientes para tratar dos enfermos. Os doentes eram purificados através de banhos em fontes de águas puras, dietas vegetarianas, exercícios, ministravam-se também poções (preparados a partir de ervas e plantas pelos sacerdotes). Realizavam-se cerimônias e rituais em que os doentes eram induzidos ao sono, durante o qual, produziam-se a cura. Na manhã seguinte dispunha das atenções de um sacerdote-oráculo, que o ajudaria a interpretar os sonhos inspirados pelos deuses, sobre a sua doença e os meios de livrar-se dela.

Na Índia, os budistas começavam a desenvolver, no século VI a.C., conforme Rezende (1995), algumas noções rudimentares de anatomia, tais como: as descrições dos músculos e nervos, o coração, que era considerado o centro da consciência, o preparo de drogas através de plantas, alguns antídotos, assim como associavam-se as doenças às influências astrais. Os tratamentos baseavam-se em banhos, dietas, inalações e sangrias.

Os hindus, diz a autora, se distinguem pela construção de hospitais e atividades de enfermagem. Os regulamentos dos hospitais exigiam, daqueles

que praticavam ações de saúde, cuidados com a higiene pessoal, uso de roupas brancas e boas maneiras no trato com os doentes.

A prática mágico-sacerdotal permaneceu por muitos séculos, desenvolvida nos templos que, a princípio, foram simplesmente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados.

Geovanini (1995) diz que, em relação à Enfermagem, as únicas referências concernentes a esta época estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes. Cabe ressaltar que os partos eram atendidos por mulheres nas residências das parturientes.

Em relação às tecnologias (tradicionais) de saúde, pode-se observar que ao longo das leituras realizadas, nesse período destacam-se: os materiais feitos de cobre, bronze e ferro (talvez faca, copos, bacia, bisturi, etc.), construções específicas de locais para colocarem os doentes em lugares com certa beleza natural, uso de banhos com água pura, exercícios, dietas vegetarianas, uso de poções-medicamentos (ervas, plantas), cerimônias e rituais de indução de sono, interpretação de sonhos, desenvolvimento de noções rudimentares de anatomia, inalações, sangrias, cuidados de higiene pessoal, boas maneiras no trato com os doentes, dentre outros.

2.2.3 – As Práticas de Saúde no Alvorecer da Ciência

Estas práticas de saúde iniciam-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã. Para Geovanini (1995), no final do século V e princípio do século IV a.C., o mundo grego sofreu profundas transformações morais e espirituais. O supremo poder dos 'deuses' é colocado em dúvida pelas ruínas e os sofrimentos das guerras sagradas. Os progressos da ciência e da filosofia desviam as elites das velhas crenças e o individualismo estende-se por toda a parte.

Os filósofos e os sofistas, conforme a autora, começaram a ver a psicologia humana como o centro do real e eliminando o maravilhoso e o sobrenatural e defendendo o encadeamento das causas e dos acontecimentos, com isso, propondo novas idéias e sistemas, dando origem, portanto, a novas diretrizes de pensamento.

Geovanini (1995: 8) aponta que a prática de saúde, antes 'mística' e sacerdotal, passa agora *"a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças"*, além da especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação de fenômenos, limitada pela ausência quase total de conhecimentos anátomo-fisiológicos. Esta prática predominantemente individualista desenvolveu-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis.

Neste período (século V a.C.) chamado hipocrático, escreve a autora, aparece a figura de Hipócrates, considerado pai da medicina, propondo uma nova concepção em saúde, ou seja, dissocia a arte de curar dos místicos e sacerdotais para o científico com a utilização do método indutivo, da inspeção, da observação, dando importância ao diagnóstico, prognóstico e terapêutica, através da observação acurada dos doentes.

Rezende (1989) coloca que Hipócrates conhecia os rudimentos das trocas metabólicas processadas no organismo. Analisava a importância dos meios de excreção humanas, dando origem aos tratamentos de sangrias. Suas descrições de doenças perduram até a atualidade. Hipócrates foi considerado o divisor de águas, dos conceitos de saúde místicos e ações sacerdotais, para a saúde enfocada como homeostase e a doença como desequilíbrio.

Martín (1975), neste sentido, também coloca que a filosofia grega teve uma influência notável sobre a medicina, que nas mãos de Hipócrates adquiriu categoria e caráter de ciência. As características mais marcantes da medicina grega foram: origem filosófica empírica, desenvolvimento da observação clínica, o homem considerado como um ser social. A observação, raciocínio, honestidade e a medida foram suas qualidades fundamentais. Os recursos terapêuticos eram especialmente naturistas, sua doutrina fisiopatológica,

humoralista, sua ética, laica e emancipada. Nessas características estão, para mim, incluídas muitas das tecnologias da época.

Esse mesmo autor ainda destaca que os gregos realizaram dois grandes descobrimentos. O primeiro, que a enfermidade é um processo natural, o segundo, que o organismo humano possui uma capacidade natural para restabelecer o desequilíbrio orgânico que constitui a enfermidade. Embora com a introdução de conceitos científicos na medicina grega a medicina religiosa não foi inteiramente desprezada.

A influência grega nas práticas de saúde romanas demorou a acontecer, pois antes de assimilarem os conhecimentos gregos, os médicos romanos eram escravos, com um conhecimento muito limitado. Portanto, a influência romana nas práticas de saúde tiveram destaque mais na área de higiene e saneamento, através de construções de grandes obras públicas.

Em relação à Enfermagem, Geovanini (1995: 9) diz que não há caracterização nítida de sua prática nesta época. *“Cuidar dos doentes era tarefa praticada por feiticeiros, sacerdotes e mulheres dotadas de aptidão e que possuíam conhecimentos rudimentares sobre ervas e preparo de medicamentos”*, constituindo-se essas como formas de tecnologia rudimentar.

2.2.4 – As Práticas de Saúde Monástico-Medievais

Nos primeiros séculos do período cristão, as práticas de saúde sofreram a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal. Para a reação científica, o medievo é repulsivo, permeado pela ignorância, superstições e autoritarismo clerical. Neste período medieval compreendido entre os séculos V e XIII, foi inventado o papel, a tipografia e houve grandes progressos na tecelagem, como também, no artesanato e no comércio o que auxiliou no crescimento das cidades.

Na Idade Média, segundo Aranha e Martins (1993: 10), Santo Tomás de Aquino procurou *“reabilitar o trabalho manual, dizendo que todos os trabalhos se equivalem, mas na verdade, a própria construção teórica de seu*

pensamento, calcada na visão grega, tende a valorizar a atividade contemplativa”.

Nas cidades as ferramentas foram aperfeiçoadas e também os processos de extração das matérias primas. As profissões especializaram-se. Apareceram os seguintes ramos de produção: fabricação de armas, serralheria, cutelaria, cordoaria, melhoraram-se a fundição de ferro, apareceram os primeiros alto-fornos.

Por isso, Bernal (1989: 244) pontua que o sistema feudal *“constituía a base econômica da Idade Média, e que na expressão intelectual e administrativa era a Igreja que tinha o poder”*. Ela mediante os monjes e sacerdotes, possuía um monopólio de ensino (saber ler e escrever) e influência no cuidado aos doentes.

As pessoas começaram a enfrentar todas as formas de pressão estatal através de influência material e moral representadas pela força econômica e social dos latifundiários e do poderio militar, bem como começaram a ser atingidas pelas grandes epidemias de sífilis, lepra, flagelos, etc., que paralisaram a vida política e social, seguiam-se terremotos e inundações, reforçando as superstições e as credices apoiadas na ignorância coletiva.

A necessidade dessas pessoas em buscar auxílio e redenção de seus sofrimentos os levava a buscar ajuda na religião cristã, que começava a progredir.

O período cristão caracterizou-se pelo advento das Ordens Seculares. Através das religiosas, organizam-se os trabalhos gratuitos e de dedicação ao próximo, cuja finalidade não era precisamente o bem estar físico do doente, mas a salvação das almas dos envolvidos. Os leigos também auxiliaram nesta prática de caridade. A prática de enfermagem também se dava com o aparecimento das ordens religiosas e motivadas pelo ‘espírito’ cristão, as mulheres eram movidas para exercerem a caridade, a proteção e assistência aos enfermos, quando a enfermagem começa também a surgir como uma prática leiga e desvinculada de conhecimentos científicos. Suas funções eram assistir os pobres e moribundos e segregarem os indivíduos infectados pelas

doenças epidêmicas, que literalmente dizimaram populações inteiras nesse período.

Já descrito em inúmeros estudos, este aspecto sempre parece importante, principalmente porque vem se atualizando como fundamento moral para a 'dedicação' dos profissionais de enfermagem.

Na Idade Média, os cuidados aos doentes continuaram sendo realizados pelos religiosos que dominavam ideologicamente a reprodução das relações sociais e, especificamente, as relações de dependência feudal, desenvolvendo-se muito nos séculos XI e XII, com a organização das Cruzadas (ordens militares) e instituições seculares a serviço da igreja. Para a enfermagem, os resultados mais significativos das cruzadas foram a fundação de hospitais para o atendimento de peregrinos. O hospital não era caracterizado como uma instituição médica, o que vem ocorrer somente no século XVIII. Portanto, através das religiosas, deu-se a introdução da enfermagem nesses hospitais, sendo seus trabalhos gratuitos e envolvidos por conotações religiosas, de dedicação ao próximo. Atribui-se a esses acontecimentos o fato da Enfermagem adquirir uma configuração sacerdotal, caritativa, induzindo até a obrigação de salvação eterna.

As enfermeiras daquela época eram pessoas pertencentes a ordens religiosas, portanto, monjas, que executavam o cuidado copiado do modelo religioso, voltado para a salvação da alma do paciente e dos agentes da enfermagem e não necessitavam para isso de conhecimento teórico.

As ordens monásticas desempenharam, portanto, um papel relevante durante toda a Idade Média, tanto na esfera cultural como na assistência aos pobres e enfermos. Entretanto, diz Silva (1986), a cirurgia era considerada imprópria para elas (medo do sangramento-morte) e passou a ser assumida por leigos pertencentes às corporações de barbeiros-cirurgiões. Objetivando a prevenção e a cura das moléstias, recorria-se a intervenções no corpo humano, através de medicamentos (medicina interna) ou operações manuais sobre feridas, luxações, fraturas (cirurgias), que podiam ou não competir a um mesmo agente. Penso que aqui estão inseridas algumas das tecnologias utilizadas nesta época.

Martín (1975) diz que no auge do cristianismo, a situação da medicina científica foi sendo cada vez mais crítica. A Igreja estabelecia regras cada vez mais rígidas para o estudo e prática das artes e das ciências. A teologia era considerada a disciplina empírica mais importante. A Igreja também monopolizou os mosteiros e suas bibliotecas, todo o conhecimento acumulado até essa época. Por isso, nesse período a medicina teve pouco progresso.

Em relação à Enfermagem, Geovanini (1995: 11) aponta que por

muitos séculos a profissão foi praticada por religiosas e abnegadas mulheres que dedicavam suas vidas à assistência dos pobres e doentes. As atividades estavam centradas no fazer manual e os conhecimentos transmitidos através de informações acerca das práticas vivenciadas. Predominavam as ações de saúde caseiras e populares com forte conotação mística, sob a indução dos sentimentos de amor ao próximo e de caridade cristã.

Bernal (1989) coloca que durante toda a Idade Média, a ciência esteve limitada ao saber literário e à discussão. Os progressos intelectuais tiveram progressos e êxitos mais tarde, pela combinação dos novos métodos experimentais inspirados por um novo interesse prático pelo mundo da natureza e da arte.

Além das descobertas acima pontuadas, Bernal também destaca que chega a Europa a seda procedente da China, o arado de roda, ocorre a melhoria dos barcos a vela, a colera, as ferraduras e os estribos são também utilizados como também a difusão de moinhos de água, uso de moinhos de vento na Pérsia, emprego de lentes, vidro colorido, destilação do álcool, moinhos de vento na França, fabricação de papel na Espanha, o uso de bússula marítima, emprego de pólvora, inventos mecânicos e relógios de Villard, emprego de canhões, pintura a óleo, imprensa, etc..

2.2.5 – As Práticas de Saúde Pós-Monásticas

Este período corresponde o final do século XIII ao início do século XVI. Geovanini (1995) refere que após o regime feudal atingir o auge do desenvolvimento, começa a sua decadência, devido às mudanças revolucionárias da economia, ocasionadas pelo progresso contínuo das grandes cidades e pelo retorno do comércio com o oriente. A burguesia que nascia acumulou riquezas, devido à pilhagem das colônias, ao comércio dos homens negros, à pirataria, à usura. E essas riquezas estão presentes na base do surgimento das manufaturas.

Com isso, a oferta de empregos aumentou nas grandes cidades, devido à expansão do comércio e da indústria, criando novas oportunidades de emprego para os servos das propriedades feudais. Nesse sentido, precisava-se que o operário fosse livre, ou seja, que se oferecesse livremente para trabalhar e, com isso, na medida em que aumentava o número de servos livres, o feudalismo entra em declínio.

Apesar de vários fracassos, neste período, devido à Guerra dos Cem Anos e da Peste Negra que atingiram a Europa, ocorreram importantes progressos econômicos, políticos e de modo especial no lado intelectual. Nos aspectos econômicos, houve grandes descobrimentos marítimos, revolução agrícola, aperfeiçoamento do sistema de crédito e do sistema bancário. Na esfera política, paralelamente ao enfraquecimento da nobreza feudal, constituíram-se Estados nacionais de governo absoluto, antíteses da descentralização política até então vigente. E quanto ao progresso intelectual, esse período de transição, conhecido por Renascimento (século XIV a meados do século XVII), diz Silva (1986), tem por traços característicos a revolta contra as autoridades tradicionais e o renascer do 'espírito' questionador dos grupos clássicos, numa atitude nova diante da vida e do mundo; o dogma cede lugar à observação e à experimentação, constituindo-se, assim, a etapa mais decisiva de toda a história do pensamento científico.

O conhecimento produzido é difundido de forma rápida por meio da tipografia recém-descoberta. Ocorreram expedições para descobrir novos

continentes e dominar seus povos. Começava-se, também, a explorar suas riquezas, a escravizar os povos e a fazer comércio de escravos. Tudo isso, e mais o afrouxamento progressivo dos laços que uniam a ciência à filosofia e à teologia, determinaram o nascimento de uma nova mentalidade, presente no despertar da ciência moderna.

Portanto, o Renascimento significou a rebelião contra o tradicionalmente estabelecido, diz Martín (1975), ou seja, a aparição das nacionalidades européias e o declínio do poder da Igreja e a Reforma, o auge do individualismo e do humanismo, o descobrimento total da terra e sua influência sobre a ciência e a nova visão do universo, o desenvolvimento de um movimento cultural e artístico de enorme amplitude.

Com todas essas mudanças, as práticas de saúde também avançaram para a objetividade da observação e experimentação, valorizando mais o paciente do que os ensinamentos literários. Priorizou-se o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças, acompanhando as recentes descobertas anatômicas e os avanços da cirurgia.

Neste sentido, o Renascimento, segundo Martín (1975), deu um grande impulso à ciência e particularmente à medicina. O médico já não era mais um monje, nem um artesão, senão um homem da ciência. O descobrimento da circulação do sangue, com Harvey quando a anatomia transformou-se em fisiologia, foi uma das primeiras demonstrações da importância da aplicação do método experimental na medicina. Fracastoro, no século XVI, demonstrou como estudar a enfermidade do ponto de vista epidemiológico. A medicina tornou-se uma profissão e não foi considerada somente uma missão divina e caritativa, senão como um meio de ganhar a vida.

A exigência de formação universitária para o exercício da medicina e o amparo de leis e estatutos consolidou o 'status' social da categoria, embora permanecesse, ainda, três tipos de assistência: aos nobres e ricos - oferecida pelos médicos graduados, que recebiam altos honorários e honrarias; aos burgueses e artesãos - que ficava a cargo de médicos e cirurgiões com formação técnica razoável; aos pobres - que procedia da benevolência pública e era praticada por curandeiros e barbeiros.

Ainda no século XVII, Silva (1986) coloca que foi inventado o microscópio por Leeuwenhoerck (1673), possibilitando com isso o surgimento da histologia, avanços em anatomia e fisiologia. O Cowper (1694) descreveu o sistema muscular.

Segundo a mesma autora, no início do século seguinte, ao saber médico foi acrescida a noção de sensibilidade dos nervos e ação dos sucos gástricos na digestão, houve progressos em obstetrícia, ginecologia e cirurgia, foi inventado o termômetro clínico e o fórceps, a pressão sangüínea foi descoberta e a autópsia desenvolvida. Morgagni descreveu a pneumologia, o câncer, a litíase biliar e a meningite (1761) e Jenner (1796) descobriu a vacina contra a varíola, considerada a descoberta mais importante do período, visto ser uma medida profilática efetiva. No século XVI, Paracelso fazia uso interno do mercúrio para o tratamento da sífilis.

Penso que todas essas descobertas acima descritas constituem-se em raízes de tecnologias na saúde, que cada vez mais vão sendo aperfeiçoadas no decorrer dos anos. Nesta época, essas tecnologias ficavam restritas às cidades com maior influência política e econômica.

Geovanini (1995) pontua, então, que as práticas de saúde, antes monásticas e enclausuradas, vão cada vez mais passando das mãos dos clérigos para as mãos dos leigos e, com a fundação das primeiras universidades, tornam-se quase que totalmente leigas.

No século XI, surgem os grandes empreendimentos marítimos, no século XVII a primeira máquina de calcular. Descartes concebe e explica o comportamento dos animais como se fossem máquinas-relógios e a partir dele é também explicado o funcionamento do organismo humano como se fosse uma máquina.

Koller e Machado (1992: 75) assim se manifestam com relação à concepção cartesiana:

é a divisão da natureza em matéria e mente, o universo material passou a ser visto como uma máquina regida por leis mecânicas, conhecidas e determinadas, já que a

matéria era desprovida de vida ou espiritualidade podendo ser explorada.

Se tudo isso implicou na evolução da prática médica, o mesmo não se deu com a Enfermagem, que viria sofrer diretamente todas as conseqüências dos movimentos religiosos que se anunciavam. Neste período de transição, entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo (além do aperfeiçoamento das técnicas, dá-se o processo de acumulação de capital), observa-se também na Enfermagem certa estagnação, denominada por vários autores como período crítico da Enfermagem.

Gelain (1989: 102) descreve que foi no século XVI, com a Reforma Protestante,

que houve um retrocesso na Enfermagem, pois os hospitais são fechados e os religiosos expulsos. O que resultou, a necessidade dos hospitais da noite para o dia a recrutarem pessoal remunerado para o serviço dos doentes. O serviço era pesado, a remuneração escassa, e havia absoluta falta de organização e supervisão.

O hospital até então, conforme Foucault (1993: 101), era “essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, [...] como também de separação e exclusão”, no sentido de esconder a doença e o doente. Era um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças ocupavam as mesmas dependências, em leitos coletivos.

Portanto, com a Reforma Protestante suscita-se uma nova ética, oposta à igreja católica. O repúdio à vida monacal ou à reclusão, apregoando a riqueza, o luxo e o trabalho como meio de se atingir a graça, foram os novos valores desta doutrina.

O pessoal recrutado nesse período era o de mais baixo nível na escala social e de duvidosa moralidade, em sua maioria mulheres subestimadas, na época, para executarem atividade braçal.

Foi verdadeiramente o período negro da Enfermagem. Os pretensos enfermeiros dos estabelecimentos de saúde deixavam que os doentes morressem ao abandono e lhes extorquiam gorjetas, mesmo sendo indigentes.

A utilização das mulheres para desempenharem esse papel reflete a ideologia de uma sociedade onde o trabalho manual era menosprezado e, como tal, relegado a uma categoria considerada inferior.

Nesse momento da história, já se salientava a diferenciação entre o trabalho do médico, considerado importante, valorizado entre os demais, e o da Enfermagem, submetido ao conhecimento médico, pouco valorizado, basicamente por ser braçal, isto é, não intelectual, sendo realizado predominantemente por mulheres.

Esse período crítico da Enfermagem permanece até o surgimento da Revolução Industrial e o fortalecimento do capitalismo como modo de produção, quando começaram a surgir movimentos de reformas, visando a elevação moral e profissional do pessoal dos hospitais e dos serviços oferecidos.

2.2.6 – As Práticas de Saúde no Mundo Moderno e Contemporâneo: enfocando a Medicina e a Enfermagem

Com o nascimento da era moderna (séculos XVIII a XIX) e da Idade Contemporânea que vai até os dias atuais, surge também uma nova filosofia econômico-política. Com o Iluminismo, grande movimento intelectual que se iniciou com o Renascimento e continuou no século XVII e XVIII, abriu-se uma nova era para a filosofia, as ciências e as artes, principalmente na França. Sua principal característica foi explicar, através da razão, os fenômenos sociais, combatendo o absolutismo, o autoritarismo, a intolerância religiosa e a desigualdade social.

A Revolução Francesa (1789-1799) persistiu na tentativa de implantação de um sistema político que se baseava no nacionalismo, no individualismo econômico e no princípio da soberania das massas, contra o

despotismo das monarquias de poder absoluto, conforme aborda Geovanini (1995).

A primeira Revolução técnico-industrial pode ser situada entre o final do século XVIII e o início do Século XIX. A primeira de sua fase (1760-1860), era basicamente limitada à Inglaterra, com o desenvolvimento da indústria de tecidos de algodão e o aperfeiçoamento das máquinas a vapor. A segunda fase (1869-1900) espalha-se pela Europa, Estados Unidos e Japão. Suas principais inovações tecnológicas são a utilização do aço, aproveitamento da energia elétrica e dos combustíveis petrolíferos, invenção do motor a explosão, da locomotiva e do barco a vapor e desenvolvimento de produtos químicos, conforme descritos por Viana (1997). Todas essas transformações marcaram este período, impulsionadas pela melhoria das condições dos meios de comunicação e do tráfego terrestre e marítimo, ocorrendo também a expansão econômica e científica em vários países da Europa, América e Ásia e que também teve o grande mérito de substituir a força física do homem pela energia das máquinas (primeiro pela utilização do vapor e mais adiante pela eletricidade).

Para Silva (1986: 37), os problemas de saúde foram ampliados pela Revolução Industrial e convergiram para três grandes questões, dentre elas, destacam-se:

as grandes epidemias que atingiam burgueses e proletariados, as péssimas condições de vida e de saúde que reduziam a produtividade do trabalho e os movimentos de revolta e da classe operária, contra suas condições de vida e trabalho.

Em consequência disso, refere a autora, os serviços de saúde foram institucionalizados pelo Estado, impondo normas individuais de comportamento, visando a proteção de saúde da população, ocorrendo com isso, o desenvolvimento da ciência médica (bacteriologia e a antissepsia), a reorganização dos hospitais com novos objetivos e sob a direção do médico e a incorporação de enfermeiros ao pessoal hospitalar.

Na Idade Moderna, a situação começa a se alterar: o crescente interesse pelas artes mecânicas e pelo trabalho em geral justifica-se pela ascensão dos burgueses, vindos de segmentos dos antigos servos que compravam sua liberdade e dedicavam-se ao comércio e, portanto, tinham outra concepção a respeito do trabalho.

No século XVIII, com a ampliação do mercado com o capital acumulado, expande-se a utilização de máquinas e matérias primas, o que faz com que muitas famílias que desenvolviam o trabalho doméstico tinham que vender a sua força de trabalho em troca de salário para sua sobrevivência.

Geovanini (1995) coloca que a expansão mundial da economia burguesa, a migração dos povos e a dominação cultural europeia que delas sobrevieram foram o sustentáculo para o estabelecimento definitivo do capitalismo industrial, a partir do século XIX.

Na sociedade capitalista apareceram enormes fábricas, laboratórios e grandes explorações minerais. A canalização dos conhecimentos científicos e tecnológicos, surgiram em favor do sistema de produção, contribuindo, assim, para a consolidação da nova ordem social capitalista. No capitalismo, surgem duas classes principais, a burguesia (possui todos os meios de produção-fábricas, transportes, terras, bancos, etc.) e o proletariado (aqueles que vendem a sua força de trabalho).

Portanto, com o nascimento das fábricas e urbanização, ocorre o aumento da produção e os trabalhadores são submetidos a uma nova ordem, a da divisão do trabalho, com horário e ritmo pré-estabelecidos. O fruto do trabalho não mais lhes pertence e a produção é vendida pelo empresário, que fica com os lucros.

Braverman (1987: 72) diz que a divisão do trabalho:

divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção; a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações consideradas neste sentido, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção.

No século XVIII, surge o hospital com outro enfoque: o local de tratamento de doentes e como centro de estudos de ensino da medicina. O hospital passa a ser um local de cura; o pessoal religioso e leigo, que assegurava a sobrevivência diária, passa a trabalhar com um novo membro da hierarquia hospitalar: o médico, que é subordinado ao hospital.

A revolução científico-tecnológica da Idade Moderna trouxe vários benefícios, tais como melhoria no padrão de vida das populações, as pessoas passaram a adotar melhores hábitos de higiene, o que contribuiu para o controle de várias doenças, para o aumento da média de vida e manutenção da força de trabalho, como garantia da produtividade. Por outro lado, a revolução demonstrou que o aumento da produção de bens de consumo não representava a saúde da sociedade consumidora, porque diante das novas condições de vida, da desigualdade econômica e da exploração de seu trabalho, tornava-o susceptível às doenças como tuberculose, pelagra, desnutrição, acidentes e intoxicações.

Do ponto de vista técnico, a medicina, segundo Martín (1975), recebeu um estímulo notável para o seu progresso. Mas, havia sido neste momento lançado, também, um desequilíbrio entre o avanço técnico da medicina e o desenvolvimento social dela. O surgimento da medicina do século XVIII marca o começo da medicina moderna (1800-1850).

Portanto, diz Geovanini (1995), a medicina ganhou destaque com o advento da medicina política e social, nascida das articulações da esfera produtiva e reforçada pelas aquisições científico-tecnológicas, geradas pela revolução industrial. A medicina também fortalecia o poder econômico, uma vez que consumia medicamentos, equipamentos, etc., passando a saúde a ser vista como um objeto de consumo. A pesquisa médica toma um ritmo acelerado, realimentando a teoria e a prática médica.

Martín (1975) coloca que, do ponto de vista histórico, o surgimento do conceito de medicina social se produziu em resposta aos problemas de saúde criados pela industrialização e foi uma exigência da classe trabalhadora e é adaptação da medicina as necessidades de seu tempo e às transformações científicas, culturais, econômicas que vão modelando continuamente a

organização social. As mudanças experimentadas pela medicina, em seus aspectos científicos, técnicos e sociais, são tão grandes que, nos últimos setenta a cem anos aproximadamente, têm progredido mais que qualquer outra época de sua história. Assim, diz o autor, a medicina centrou suas atividades, primeiro sobre o ambiente físico e bacteriológico, em seguida sobre o indivíduo e, finalmente, sobre o ambiente total em que vive o indivíduo e o grupo. A medicina social surgiu durante a segunda e a terceira destas etapas.

Luz (1988: 90) diz que a evolução do objeto da medicina em torno das categorias de doença e organismo, ao longo de três séculos

não utilizou somente a anatomia moderna, da patologia, da fisiologia, mecânica ou química e da cirurgia reformada, mas sim caminhou também apoiada nos avanços da química, que durante os séculos XVII e XVIII, forneceram explicações sobre as propriedades e composição dos 'elementos fundamentais da vida: o sangue, a respiração, o calor, a eletricidade, o magnetismo dos seres vivos!

Segundo a mesma autora, a concepção de organismo é fundamental no estabelecimento das categorias normal e patológico como fundamento da medicina clínica, a partir da segunda metade do século XIX, com Claude Bernard. No entanto, a importância de sua teoria somente foi descoberta no século XX, quando os pesquisadores adquiriram maior consciência do papel fundamental do meio ambiente nos fenômenos biológicos.

No século XIX, com o resplendor do progresso que não oculta a questão social, caracterizada pelo recrudescimento da exploração do trabalho e das condições sub-humanas de vida, tais como extensas jornadas de trabalho (16 a 18 horas), sem direito a férias, sem garantia para a velhice, doença e invalidez; mão de obra mais barata pela arregimentação de mulheres e crianças; condições insalubres de trabalho; mal pagos, os trabalhadores viviam mal alojados e em promiscuidade.

Na segunda revolução técnico-industrial (na segunda metade do século XIX, e que ocorre até a atualidade, que as capacidades intelectuais do homem

estão sendo ampliadas e inclusive substituídas por autômatos, que eliminam, com êxito crescente, o trabalho humano na produção e nos serviços. Schaff (1993: 22) se posiciona a respeito dessas duas revoluções dizendo que:

a primeira revolução industrial está no salto qualitativo operado no desenvolvimento da tecnologia de produção que acabou por romper a continuidade dos avanços quantitativos que se iam acumulando nas tecnologias já existentes; a diferença, porém, está que enquanto a primeira revolução conduziu a diversas facilidades e a um incremento no rendimento do trabalho humano, a segunda, por suas conseqüências, aspira à eliminação total deste.

Viana (1997) coloca que, no período de 1850-1900, foram surgindo a concorrência, desenvolvem-se as indústrias de produção de bens de consumo e surgem novas formas de energia, como a derivada do petróleo e a hidrelétrica. De 1900 até hoje, surgiram as multinacionais e os conglomerados industriais. A produção torna-se automatizada e surge a produção em série, desenvolvendo com isso, a sociedade de consumo, com a expansão dos meios de comunicação. Progride grandemente a indústria química e eletrônica, a engenharia genética e a robótica.

Na metade do século XIX, dentro de um movimento social forte que estava ocorrendo na Inglaterra, surge a enfermagem profissional com Florence Nightingale. Este contexto, influenciou as suas concepções, pois ela assumiu a ideologia disciplinar militarista, valorizando a relação de mando no sistema de enfermagem que preconizou, hierarquizando funções sob rígido e constante controle da enfermeira. Portanto, a estrutura do trabalho da enfermagem desenvolveu-se de modo diferenciado em relação ao do profissional médico, que se organiza muito mais eficientemente ao redor da distribuição por especialidades, constituindo-se sua autoridade pelo controle diagnóstico e terapêutico.

A autoridade gerencial dos enfermeiros lhes imputa competência para definir o regime de trabalho, em cujo espaço se realiza a enfermagem. A normatividade necessária a esta complementação de trabalhos se tornou um

fim em si mesmo nas instituições hospitalares, tipologicamente peculiar em relação ao fenômeno saúde-enfermidade, em que se busca preservar, pela 'luta' contra a doença, a capacidade funcional das pessoas.

Geovanini (1995) pontua que as concepções teórico-filosóficas da Enfermagem desenvolvidas por Florence estão apoiadas em observações sistematizadas e registros estéticos, extraídos de sua experiência prática no cuidado aos doentes e destacavam quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e Enfermagem. Ainda hoje eles se identificam com as bases humanísticas da enfermagem, colocadas aqui como alguns indícios de tecnologias.

Portanto, com o sistema nightingaleano, iniciou-se a enfermagem institucionalizada, moderna. Nele se formavam dois tipos de profissionais: as 'ladies', de classe social mais elevada e as 'nurses', de classe social mais baixa. Inicia-se dessa forma a divisão social do trabalho da enfermagem, tornando-se nítida a separação entre o trabalho braçal e intelectual, melhorando dessa forma, o preparo técnico-científico do enfermeiro.

A Enfermagem profissional 'moderna', segundo Pires (1993: 121),

nasceu sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro de seus preceitos, isto é basicamente dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho. Também sob este aspecto, a enfermagem nightingaleana se difunde por todo o mundo ocidental influenciando decisivamente na estruturação da nova profissão.

Cabe destacar também que a enfermagem profissional nasceu vinculada ao hospital, caracterizando-se por uma conotação mais curativa do que preventiva. As técnicas de enfermagem começam a evoluir a partir do século XIX, em que a função do Estado se amplia para assumir o controle sobre a saúde da população, pela identificação prévia das enfermidades, principalmente as que punham em risco a capacidade laboral dos assalariados,

engendrando a necessidade de intervenção pública sobre as condições de salubridade das fábricas, estendida às vias públicas e, finalmente, aos domicílios.

Estabeleceu-se uma espécie de contrato social, em que o poder público e empresários fizeram alianças entre si e com os trabalhadores, abrindo-se um espaço para, além da medicalização da vida e da morte, a normatização disciplinar expressa pelo Direito Sanitário nos sistemas de assistência.

A enfermagem, que já se havia constituído e se encarregado da organização do hospital tal qual o conhecemos hoje, assimila essa nova conduta, enquadra-se na ideologia taylorista e busca racionalizar seu trabalho, através da introdução do método científico, traduzindo cada tarefa por um rol de procedimentos que favorecia a eficiência dos profissionais, pela padronização das técnicas, tornando-se, segundo Almeida e Rocha (1989: 31), "*o principal conhecimento do ensino de enfermagem, o 'âmago' principal de todo o programa educacional*". Acrescento, ainda, que hoje encontram-se muito presentes as técnicas, redimensionadas para absorver o novo conhecimento científico.

A enfermagem profissional foi concebida como dependente e subordinada à prática médica, pois o treinamento, que constituía a formação do futuro profissional, baseava-se na capacidade de executar fielmente as ordens médicas e de autoridades, assim servindo novamente aos interesses do sistema capitalista. A Enfermagem, surge, agora, não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada e referente à necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada. Cabe destacar que, atualmente, o enfermeiro tem conquistado vários outros espaços na comunidade, como na educação, ambulatórios, serviços à domicílio, clínicas, secretarias de saúde, entre outros.

No século XX, surge o que chamamos de sociedade pós-industrial, caracterizada pela ampliação dos serviços (setor terciário). Leopardi (1991: 25) coloca que esse século

anuncia um rápido desenvolvimento das técnicas terapêuticas, tanto na teoria como na prática, com um novo dimensionamento do hospital como espaço de assistência à saúde. Novos profissionais (nutricionistas, fisioterapeuta, ...) surgem para ocupar esse espaço e assumem tarefas que antes pertenciam ao médico e ao enfermeiro.

Ainda, a mesma autora refere que as tarefas de enfermagem ampliam-se para além do cuidado do corpo, buscando formas mais integrais e humanizadas de atuação, ao menos a nível teórico.

Para Almeida e Rocha (1989: 58 e 59):

na década de 50 é que surge a preocupação com os princípios científicos que devem nortear a prática de enfermagem [...] e que no final da década de 60 e em toda a de 70 começam a surgir a construção de conhecimentos específicos da enfermagem.

Ao entrar em um hospital, hoje, observo que os profissionais de enfermagem estão atrelados às normas e rotinas que eles criam, a partir da configuração institucional, e seu trabalho torna-se rotineiro, cansativo e estressante. Em sua idealização, procuram ver o cliente como um 'ser humano', como um 'ser total', mas na prática as técnicas é que são relevantes, pois o tempo passa depressa e precisam 'fazer' os cuidados para não deixar para o outro turno. O hospital e seu arsenal tecnológico são consolidados como '*locus*' da atenção à saúde.

Regras e rotinas, super-valorização da tecnificação, escalonamento e hierarquia de atribuições são algumas características mais comuns ao trabalho da enfermagem, mas, ao invés de estimularem qualidade, constituem-se no fundamento para a disciplinarização, alienação e domesticação dos profissionais em graus variados. Foucault (1993: 53) diz que: "*a disciplina 'fabrica' indivíduos; ela é técnica específica de um poder que torna os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. A correta disciplina é a arte do bom adestramento*". Segundo o

mesmo autor, a disciplinarização hospitalar também é garantida pelo controle sobre o desenvolvimento das ações, pela distribuição espacial dos indivíduos no interior do hospital e pela vigilância perpétua, em que será utilizado um esquema administrativo composto por um conjunto de técnicas, pelas quais o sistema de poder irá alcançar seus objetivos. Assim, os profissionais de enfermagem, vistos sob este prisma, vão deteriorando profundamente suas perspectivas de compromisso de auto-realização, principalmente consolidando inúmeros aspectos do poder pastoral.

As teorias administrativas clássicas de Taylor e Fayol vem ajustar-se ao processo de reorganização do novo hospital, quando é normatizado segundo os princípios de controle, da divisão e da especialização do trabalho, princípios estes totalmente centrados na analogia do homem aos fatores mecânicos de produção, conforme Geovanini (1995).

Por outro lado, Capra (1981: 132) diz que:

a visão mecanicista introduzida por Descartes e que se caracteriza pela separação de mente e corpo, a partir da idéia de que o corpo é uma máquina que pode ser completamente entendida em termos da organização e do funcionamento de suas peças.

Isso faz com que os profissionais de saúde vejam o homem como um ser fragmentário e não como um sujeito integrado no universo, criativo, imaginativo, único. Em consequência disso, a atuação do profissional, conforme Koller e Machado (1992: 75) é feita

com base no mecanismo 'causa-efeito', onde não se busca a origem real do desequilíbrio, parte-se muitas vezes para o tratamento da sintomatologia, utilizando-se procedimentos terapêuticos cada vez mais agressivos à natureza do ser humano, que acabam por provocar outros danos considerados, nesta concepção, como efeitos colaterais.

É nessa ótica que ainda se encontra o processo de gerenciar e executar o cuidado de enfermagem, e não é por acaso que isso acontece. O fato é que ainda trabalhamos em instituições 'panópticas' que, segundo Foucault (1993:178):

é uma máquina maravilhosa que a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder. [...] pode até constituir-se em aparelho de controle sobre seus próprios mecanismos. [...] o panoptismo constitui o processo técnico, universalmente difundido, da coerção.

Neste tipo de organização, ao assumirem o papel de coordenadores e controladores do trabalho global, os profissionais de enfermagem exercem um poder temporário, mas inexpugnável, considerando-se que só o perde quando o médico assume seu posto. Não obstante a enorme diferença entre o tempo em que a enfermagem assume 'as rédeas' e o tempo que o médico as sustenta, o fugaz momento de poder da visita médica se prolonga pelas vinte e quatro horas e se sustenta não pela sua realidade, mas pela sua incorporação nas normas e rotinas, tão enfaticamente defendidas pela enfermagem, por detrás das quais esses profissionais se entrincheiram para não perder terreno.

É nesse 'falso' poder que se insere a alienação e o adestramento conduzindo a uma falta mais geral de liberdade ao homem, enquanto sujeito em seu processo de trabalho, muitas vezes sendo subutilizado, em benefício da manutenção da ordem e da disciplina, indispensável à preservação do monopólio do poder institucional. Isso nos remete a uma visão fragmentária, reducionista, acrítica de homem, sociedade, enfermagem, enfermeiro, do seu papel no processo de trabalho, do seu compromisso como membro integrante da sociedade.

Daí a necessidade de uma reflexão ampla sobre como poderemos transpor tantos obstáculos e procurar alternativas que nos levem em direção ao fortalecimento da categoria, a partir da construção de uma mentalidade que rompa as relações de submissão no processo de trabalho, para uma mentalidade crítica e livre, de modo a se tornarem sujeitos numa perspectiva

democrática. A partir dessas novas relações, se busca o despertar da consciência individual e coletiva no cotidiano, operacionalizada por tecnologias emancipatórias.

Peixoto (1990: 63) refere que a incorporação tecnológica no setor saúde se

dá em função dos valores e objetivos prioritários do sistema econômico. Esses valores são determinados pelos interesses da classe que detém o poder, que no setor saúde são expressos através da ênfase dada à assistência médica, principalmente a assistência hospitalar, privatizada, curativa e individual, que viabiliza a utilização de insumos materiais tais como, produtos farmacêuticos e equipamentos médicos. Neste contexto, o Estado e seus aparelhos desempenham um papel político-ideológico no sentido de consolidar e legitimar esses valores, fortalecendo as diretrizes tomadas pelos grupos dominantes do setor.

Sena (1998) pontua uma série de tecnologias que podem ser produzidas em serviços de saúde, destacando: testes de diagnósticos, equipamentos, medicamentos, atos cirúrgicos, educação, nutrição, procedimentos, sistemas de informação, higiene, psicoterapias, gerência, entre outros. E destaca também três elementos combinados e importantes na produção de serviços de saúde, as tecnologias, os recursos humanos e a infra-estrutura física como espaço de aplicação de múltiplas tecnologias.

Antes de colocar as descobertas-tecnologias que influenciaram na área de saúde, gostaria de retornar às três grandes revoluções técnico-científicas que Schaff (1993) coloca, ou seja, a revolução micro-eletrônica e a revolução tecnológico-industrial a ela associada representam apenas um aspecto, mas muito importante, da atual revolução técnico-científica. O outro aspecto é constituído pela revolução da microbiologia com sua resultante, a engenharia genética (código genético). Estas têm influência nas tecnologias de saúde e estão intimamente ligadas à ciência.

Schaff coloca freqüentemente o século XXI como aquele em que as atividades humanas serão dominadas pela biologia. É muito provável, frisa ele, que essas mudanças poderão ser espetaculares, oferecendo às pessoas a possibilidade de dominar não apenas a natureza orgânica em geral, mas também o seu próprio 'eu'. Isso também pode acarretar gravíssimos perigos para a vida social.

O terceiro elemento, que o autor relata é a revolução energética, que traçará o caminho do desenvolvimento da humanidade, no final deste século e também no próximo.

Então, a tríade revolucionária – microeletrônica, microbiologia e energia nuclear, assinala, assim, os amplos caminhos do nosso conhecimento a respeito do mundo e também do desenvolvimento da humanidade.

Após essas considerações trago então as principais tecnologias na área da saúde que apareceram neste período em estudo, desde as mais simplificadas até as mais sofisticadas, na tentativa de oferecer ao leitor o conhecimento das mesmas. Para isso contarei com Silva (1986), Florence (1989), Bernal (1991), Williams (1995), Vianna (1994), os documentos da Organização Panamericana de Saúde dos anos de 1978, 1983 e das minhas observações. As descobertas e tecnologias aqui descritas tem influência direta ou indiretamente sobre todos os profissionais de saúde.

Nos séculos XVII, XVIII e parte do século XIX, a doença é vista como provocada pelo desequilíbrio humoral, devido à redescoberta hipocrática. Esta visão é transformada, desde os fins do século passado, com o desenvolvimento da teoria bacteriológica. Auxiliaram esta teoria o surgimento das descobertas de Snow e Budd (em torno de 1854), sobre o mecanismo de difusão da cólera e da febre tifóide e as descobertas de Pasteur e Koch (1879 e 1880). Em 1890, Eykmann descobre a beribéri, Lanolsteiner, os grupos sangüíneos, Hopkins, as vitaminas, Loeb, a fertilização de óvulos, Rouse e Driesch, a embriologia experimental e Staling o eletrocardiógrafo. Ocorre a invenção do Raio X, por Roentgen (1895), as descobertas das etiologias da malária (1895), as descobertas das antitoxinas diftéricas e tetânica, por Behring (1901), a produção do remédio contra a Sífilis por Ehrlich (1908). Em 1910, Ehrlich,

estuda o salvarsan, em quimioterapia. Ocorre múltiplos estudos sobre fertilização e divisão celular. Em 1911, resultado de vários estudos, surge a teoria de patologia social (higiene social ou medicina social), sendo esta, o ponto de partida do desenvolvimento teórico da medicina social durante a primeira metade do século XX. Na década de 20, ocorre a descoberta de vários hormônios, como a insulina, por Banting (1922), o hormônio ovárico, por Doisy e o fator de anemia perniciososa, por Minot. Na década de 30, Windaus descobre a vitamina D e St. Gyoray, a vitamina C. Os antibióticos também surgem neste período; Domagk, com as sulfamidas e a penicilina por Fleming, Flory e Chain (1928). Na década de 40, ocorre a produção em grande escala de penicilina e outros antibióticos. Ruzicka e Ardena descobrem o microscópio eletrônico e Wyckoff, o estudo de organismos vivos e tecidos. Na década de 50, aparece a cortisona, vitamina B12 e Hodgkin descobre mudanças químicas nos nervos. Descobre-se a estrutura básica das moléculas biológicas (graças à análise química, microscopia eletrônica e a cristalografia de Raios X) e também surge a vacina contra a poliomielite (1954). Em 1955, Gudou e Androsov realizam cirurgia mecanizada, Huxley descobre a estrutura da fibra muscular, Grein Walter a análise das correntes cerebrais. Ocorre a resolução da estrutura intra-celular, graças ao microscópio eletrônico. Watson e Crick, descobrem a estrutura do ácido nucléico e leis genéticas. Em 1960, ocorre o estudo pelo microscópio eletrônico de mitocôndrias e ribossomas, Kendrew descobre a estrutura das proteínas e é o período em que se descobre a estrutura dos vírus. Em 1965, fabricam-se os soros antipoliomielíticos.

Os anestésicos são cada vez mais aperfeiçoados, desenvolvem-se a antisepsia, a quimioterapia, a radioterapia, eletroencefalografia, eletrocardiógrafo, citologia cervical para detecção de câncer do colo de útero, vacina contra a varicela, mamografia, monitorização fetal eletrônica e avanços nas técnicas cirúrgicas, como vídeo-laparoscopia, arteriotomia coronária, transplante de órgãos, estufas, berçário monitorizado, marcapasso, oxigenadores, válvulas cardíacas, equipamento de circulação extra-corpórea, tomógrafo eletrônico, eletrossonância magnética, aparelhos de anestesia, sofisticam-se material de consumo como agulhas e seringas, instrumentos cirúrgicos e de

laboratório, sondas e catéteres, fotômetro de chama, colorímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro e tantos outros.

A Enfermagem utilizou e continua utilizando a administração de medicamentos, cataplasmas, uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, bolsas de gelo e de água quente, limpeza, silêncio, seleção adequada da dieta, eliminação de emanções, excretas, uso de materiais descartáveis, equipamentos de monitorização cardíaca, entre outros, curativos (duoderm, bioclusive), tecnologias interacionais, também adaptando seu trabalho às inovações científicas.

Gonçalves (1988: 10 e 11) refere que, na época atual, por razões certamente

ligadas à importância assumida pelo individualismo e também à importância das tentativas de 'naturalização' do social, as tecnologias ligadas à explicação dos fenômenos da saúde e da doença como fenômenos coletivos, embora continuem sendo utilizadas, especialmente na Saúde Pública, cederam amplamente lugar às tecnologias baseadas na concepção de doença como alteração morfo-funcional do corpo biológico.

E isto pode ser visto pela descrição dos tipos de tecnologias anteriormente citadas. Esta breve história que tentei resgatar, tem sido como todas as histórias de nossas vidas, uma relação de pessoas e de movimentos sociais que, consciente ou inconscientemente, iniciaram grandes mobilizações que moldarão e controlarão sempre as iniciativas dos seres humanos.

2.3 – O SABER EM SAÚDE COMO TECNOLOGIA

Esta temática foi profundamente desenvolvida no Brasil, por Gonçalves (1994), dentro da área da medicina e a procurarei abordar, de modo inicial, também na enfermagem, continuando trabalhos como os de Leopardi (1991), Vaz (1997), Capella (1998) e Faria (1998).

Antes de apresentar o saber da medicina e da enfermagem enquanto tecnologia, tentarei pontuar alguns aspectos importantes sobre o trabalho em saúde, apesar de ter realizado algumas considerações no item anterior.

Gonçalves (198-) coloca que uma das formas mais antigas de trabalho social separado está ao redor da necessidade de saúde, onde aparecem o trabalho de *xaman*, nomenclatura preferível às de 'feiticeiro' ou de 'pajé', devido aos preconceitos culturais associados aos mesmos.

O *xaman* era encarregado de mediar as relações entre o homem comum e o vasto universo que inclui ele próprio, cheio de coisas animadas, porque se lhe atribui a capacidade de falar e entender a linguagem das coisas. A concepção tecnologicamente operante de doença que o *xaman* fazia, devia conter o projeto de produto que, por sua vez, deve conter a possibilidade de satisfação de necessidades social e historicamente determinadas que só demonstra todo um significado no conjunto da sociedade em que o *xaman* vivia. Portanto, o que o homem social concreto precisava (sua necessidade social e historicamente determinada) era do trabalho do *xaman*, que lhe explicava a natureza da entidade (com vida própria) que o afligia e procurava exorcizá-la, através de procedimentos que não se dirigiam apenas ao doente, mas ao mesmo tempo o integravam à vida social como um indivíduo que, com os outros, sabiam em que mundo estavam e mantinham íntegros seus sentimentos de relação como esse mundo. A concepção de doença de *xaman*, é de uma entidade que se apossa do indivíduo, fazendo-o sofrer; para tanto, o *xaman* utiliza-se de vários instrumentos de trabalho, ou seja, de características e propriedades rituais e ervas para expulsá-la. O corpo do doente era o simples repositório eventual de um outro ser. A concepção xamanista sobre a doença vigorou preponderante por quase toda a história das sociedades humanas, só sendo substituído há menos de duzentos anos, no mundo ocidental.

Na Grécia clássica, baseada no trabalho escravo e no comércio, se diferencia por um aspecto, de outras tantas, da Antigüidade, ou seja, a democracia, a qual suscitou uma profunda revolução nas relações homem/universo, que se configurou na substituição da racionalidade mítica pelo tipo de racionalidade filosófica, que entre outras características, tiveram e

têm importância na própria forma de racionalidade predominante e dominante na época contemporânea - a científica. Deixava de ter sentido a doença-entidade e encontrava lugar uma idéia que, grosso modo, delimitava a doença como um desequilíbrio na harmonia natural universal. A doença deixa de ser uma entidade e passa a fazer parte da natureza.

O trabalho do médico grego era voltado para a classe social constituída pelos cidadãos livres, iguais e dominantes, empreendendo a classificação lenta e paciente, pela observação, do rol quase infinito de alterações naturais que faziam o homem sofrer, chamando esse processo clínica. Eram anotados pelo médico quantos tipos de alterações haviam e como transcorriam, interpretando esse transcurso como o desenvolvimento espontâneo do esforço da natureza por curar-se, que poderiam ser bem ou mal sucedidos. O plano de trabalho do profissional médico passou a ser o de imitar, o de favorecer a natureza a encontrar o caminho do esforço bem sucedido, mais rápida e facilmente. Essa fase preliminar e indispensável do processo de trabalho, conforme Gonçalves (198-), passou a chamar-se de 'diagnóstico' e o saber para onde o conjunto de processos de doença se encaminha foi chamado de 'prognóstico'. Para o médico grego, sem o prognóstico não há nenhuma possibilidade de trabalhar, porque o mesmo constitui-se da chave geral de aplicação de todos os instrumentos de trabalho (terapêutica), empreendendo-se um esforço de favorecer a cura natural.

O médico que atendia outros grupos, ou seja, aos trabalhadores livres e escravos, visava sobretudo restabelecer a funcionalidade dos corpos, em um sentido ortopédico, o que reduzia sua prática principalmente às lesões externas, cortes, lacerações, fraturas, ferimentos de toda ordem. Esse modo de trabalho, quase destituído, conforme o autor, de elaboração teórica, se comparada à anterior, veio acumulando lentamente uma vasta gama de conhecimentos empíricos que foi fundamental, posteriormente, para a técnica cirúrgica, como forma de terapêutica.

Retomou-se, somente na Idade Média, com a cultura do Cristianismo, a longa corrente iniciada nas sociedades comunitárias com o xaman. A doença

se torna o castigo divino. Gonçalves (198-: 18) descreve que a Idade Média caracterizou-se,

a par da sobrevivência da prática dos médicos do externo do corpo, que reaproveitava a medicina hipocrática muito parcialmente preservada pelos árabes e aos poucos retomada nas Universidades da baixa Idade Média, pela recontextualização das necessidades de saúde dentro da ideologia religiosa, em que passaram a ser necessidades de assistência caritativa a um sofrimento que em si mesmo era um bem.

O núcleo da atividade terapêutica, portanto, desloca-se da intervenção contra a doença para o acompanhamento solidário do transe para a morte e o paraíso. Esse período medieval caracteriza-se muito pouco com o trabalho médico, mais pelo trabalho assistencial de religiosos. Essa medicina cristã, por ser expectante e passiva, bem como tantas outras esferas do trabalho humano, suscitou uma relativa escassez de desenvolvimento tecnológico. Razão, talvez, pela qual este período era chamado de idade 'das trevas'.

Para Gonçalves, com o início do período de transição para o capitalismo, desde o século XVI, põem-se em movimento o amplo esforço de construção da racionalidade moderna, impulsionado com o vigor cada vez maior pelas transformações na base da estrutura social. De Copérnico e Galileu, através de Descartes até Newton, o homem refez revolucionariamente sua concepção de universo, natureza e conhecimento. Com isso, também surge uma nova forma de relação entre os homens, através do trabalho.

Dentro desse movimento, se constitui também uma nova forma de racionalidade médica, isto é, de uma nova forma de efetivar o processo de trabalho, com o surgimento de outros instrumentos de trabalho. As práticas de saúde, neste sentido, foram uma das frentes mais importantes de constituição da racionalidade moderna como um todo, seu sucesso é decorrente da capacidade demonstrada na prática, de dar conta efetivamente das novas necessidades sociais de saúde, emergentes no capitalismo. Gonçalves demonstra em dois eixos principais e gerais como se estruturam estas novas necessidades.

Coloca que o significado social novo, original, que adquirem os corpos humanos, como sede da força de trabalho, como energia potencial, propriedade exclusiva do seu portador, devendo ser vendida temporariamente seu uso, e isso surge com o advento do capitalismo. Refere o mesmo autor, que duas vertentes para o trabalho em saúde se abrem, sem serem excludentes. A primeira, controla a ocorrência de doença (incapacidade de trabalhar), evitando-a, o que corresponde a todo um modelo de processo de trabalho. A segunda, recupera a força de trabalho incapacitada pela doença, repondo-a no processo de trabalho, o que corresponde a um segundo modelo de processo de trabalho, eixos em torno dos quais o trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas.

A partir do século XIX, surge uma outra organização do trabalho em saúde, paralela a esta descrita acima, referindo-se à necessidade de recuperação da força de trabalho. Gonçalves resume que o modelo coletivo 'matou' a doença-entidade substituindo-a pelo fenômeno coletivo e que neste segundo caso se procedeu à liquidação da concepção ontológica, recortando agora a doença como alteração morfológica e ou funcional do corpo humano. Portanto, a doença, que tinha circulado como um ser em tantos espaços diferentes, passa agora, a ter sede e desenvolvimento exclusivos no espaço do corpo biológico individual, como uma característica dele, uma forma patológica (em oposição ao normal) de estar o corpo.

Esta nova concepção instrumental (individualizante e biológica) necessitou inicialmente no século XIX, do desenvolvimento das ciências complementares da fisiologia, patologia, como instrumentos capazes de realizar na prática a teoria da doença enquanto alteração morfo-funcional. Além disso, foi necessário também o desenvolvimento de instrumentos consistentes no arsenal terapêutico farmacológico e nas técnicas de cirurgia, anestesia.

Gonçalves (198-: 26) pontua que o hospital, uma instituição relativamente grande e complicada levou ao aparecimento de toda

coleção de trabalhos infra-estruturais, sem os quais não pode funcionar, e que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo. O mais importante

*desses trabalhos foi o do **enfermeiro**, encarregado sobretudo de funções relativamente 'mais manuais' associadas ao processo terapêutico e de funções complementares, não obstante essenciais à realização do processo como um todo. A preservação do núcleo mais intelectual (diagnóstico, prescrição, além de certas técnicas terapêuticas privilegiadas) manteve o médico como dominante e determinante do processo. Somente, mais tarde o trabalho do enfermeiro também se dividiu, ficando com o profissional mais qualificado - enfermeiro mais qualificado - as funções 'mais intelectuais' da 'parte mais manual', e restando para seus auxiliares as funções 'menos intelectuais' da mesma parte.*

Uma outra dimensão ao mesmo tempo técnica e social do trabalho médico deriva do inevitável aprofundamento de sua integração ao conjunto de outros trabalhos sociais. Portanto, o trabalho em saúde como em todos os outros, as condições particulares de realização do trabalho tomam-se solidárias com outros ramos da divisão social do trabalho e com suas exigências e necessidades. A maior parte dos objetos de trabalho passaram a ser, com o aprofundamento da divisão do trabalho, objetos artificiais, produtos de outros processos de trabalho. O mesmo se dá com os instrumentos de trabalho, o que é particularmente importante para o trabalho em saúde, que passa a ter que incorporar, como necessidade social a que deve satisfazer, o consumo de instrumentos de trabalho produzidos em outros setores e não meramente como uma necessidade técnica. É importante ressaltar que o gasto social no setor saúde, tornou-se desproporcionalmente grande em relação a outras demandas e em relação aos benefícios dele decorrentes.

Outro modelo de organização de trabalho em saúde, é o epidemiológico. Este modelo nunca desapareceu por completo, mas o modelo clínico foi o que teve maior ênfase. O modelo epidemiológico permaneceu mesmo que de uma forma mais tímida, desempenhando funções vitais como no controle das doenças infecciosas, através do saneamento do meio, da vigilância epidemiológica e das imunizações, entre outras.

Que importância teria tudo isso, para as profissões de saúde? Para responder a isso, trago as palavras de Martín (1975: 9), que se refere a medicina e eu a amplio as profissões de saúde. Diz ele,

a medicina não é somente um estudo das enfermidades ou de homens enfermos. A medicina é uma ciência que cuida de homens, de pessoas e de personalidades, que formam parte de uma sociedade com um modo de vida ou cultura determinada. A questão principal da medicina moderna é o homem, são ou enfermo, mas o homem em sociedade.

2.3.1 – O Saber da Medicina como Tecnologia

O trabalho em saúde, em sua forma moderna, data do final do século XVIII e início do século XIX e tem no médico o seu trabalhador central e paradigmático.

A doença, que tinha circulado como um 'ente' em tantos espaços diferentes, passou a ter sede e desenvolvimento no espaço do corpo biológico individual, como uma característica dele, um estado do indivíduo evidenciado num '*situs*' muito particular, ou seja, o corpo configurado como patologia (em oposição ao normal). Como descrito acima, dentro da concepção instrumental individualizante e biológica, no princípio do século XIX.

Além disso, foi preciso esperar pelo século XX, para o desenvolvimento dos instrumentos capazes de efetivarem na prática a transformação terapêutica, basicamente consistentes, no arsenal terapêutico e farmacológico e nas técnicas de cirurgia, estas muito limitadas, antes do aparecimento da anestesia.

O trabalho médico está voltado para o seu objeto imediato que é o corpo humano e este é constituído pelo conjunto de constantes morfológicas e funcionais, definidas a partir da Anatomia e Fisiologia, tanto no espaço de elaboração cognitiva balizado por essas ciências de forma mais imediata, quanto no espaço social mais amplo.

Ilustrando melhor, Gonçalves (1994: 65) esclarece que para proceder à apreensão do objeto de trabalho,

o agente do trabalho médico opera com um saber, que consiste em generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas.

Neste sentido, isto vale para qualquer dos saberes com que operam os profissionais da saúde, e não apenas ao médico. Cabe destacar também, que esta apreensão não se identifica a um processo exclusivamente intelectual, mas especulativo ou científico, que se desdobra em técnicas materiais e não materiais e que encontram no saber o fio condutor. Os instrumentos de trabalho, portanto, devem ser compreendidos como um momento da operação do saber. A apreensão do objeto também expressa sua virtual manipulação transformadora, que só pode ocorrer sobre um objeto apreendido adequadamente e coerentemente com ela.

Diante disso, Gonçalves (1994) coloca que se pode compreender a dimensão tecnológica do saber, no caso específico do trabalho médico. Embora, o corpo humano tenha sido estruturado como objeto genérico do trabalho médico, a partir do século XIX, no entanto, hoje, há uma certa relatividade do mesmo, isto é, existem maneiras diferentes de reconhecer e trabalhar este objeto, tanto no plano do conhecimento, quanto no plano da prática. O autor trabalha a clínica e a epidemiologia como dois pólos extremos, mas cada um deles é necessário para a sobrevivência do outro (complementares), embora se diferenciem quanto à forma de compreensão e apreensão do corpo humano. Esses dois saberes, a clínica e a epidemiologia são considerados como tecnologias da medicina, que se tornam imediatamente reconstruído em outras profissões da saúde.

Portanto, num pólo tem-se a clínica concebida no século XIX, quando os médicos foram apropriar-se da Saúde Pública, como sendo um conjunto de conceitos, métodos e formas, enquanto saber organizador da prática médica individual e enquanto conhecimento original da patologia/doença. É uma das tecnologias médicas importantes, consideradas por Breilh (1991), e caracteriza-se:

- pela individualização do normal e do patológico, ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico;
- pela ruptura das conexões sociais desse homem e consigo mesmo;
- por uma concepção da saúde e da patologia/doença contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano.

Atualmente, este saber, a clínica, possui um acervo acumulado de conhecimentos diversificados sobre o processo saúde-doença individual e todo um arsenal de equipamentos e técnicas para auxiliá-la, constituindo-se formas específicas de organização tecnológica do processo de trabalho (internamente), ao mesmo tempo que instrumentaliza socialmente (externamente).

A clínica, segundo Breilh (1991), adota as ciências naturais como suporte teórico e instrumental, priorizando as ciências físicas e biológicas e recorre também às ciências sociais e filosóficas de forma limitada.

Esta busca da clínica, se estende para fora de seu objeto, ou seja, do corpo anátomo-fisiológico e constitui-se em tecnologia social. Nesse sentido, encontro eco nas palavras de Gonçalves (1994: 86) quando coloca que

*considerada uma tecnologia individualizante, ela deixa de ser no plano social, capaz de instrumentalizar a prática médica enquanto prática social, ao contrário, se o conhecimento se detivesse em si mesmo e na crítica de sua forma: a crítica do 'individualismo da prática clínica', a **clínica** foi tecnologia historicamente capaz, no capitalismo, de tornar a medicina em medicina social.*

No campo do conhecimento, a clínica incorporou progressivamente técnicas epidemiológicas de elaboração, enquanto no plano da prática, foi notável a influência que a ampliação do campo de interferência da clínica tem sobre ela mesma como compromisso com a normatividade social, foi estendendo suas áreas de competência e incorporando profissionais, saberes, técnicas e problemas que a tornaram muito mais suscetível de uma avaliação coletiva.

Outro pólo tecnológico a ser abordado é a epidemiologia, cuja característica central consiste na apreensão daqueles corpos coletivamente, ultrapassando o plano individual no sentido transindividual e na articulação entre esse coletivo e o meio ambiente. Isso, lhe permite determinar formas específicas de organização tecnológica do trabalho. Portanto, a epidemiologia está apontando nesses últimos anos, como sendo um conjunto de conceitos, métodos e formas de atenção prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva ou social.

Ayres (1995: 4) enfoca que o saber epidemiológico configurou-se como uma ciência, quando, em meados do século XIX,

passou a apreender o espaço público da saúde - até então tratado pela higiene social como uma esfera substantiva de determinação - na forma de uma mecânica de interdição ou facilitação extra-orgânica dos eventos fisiopatológicos intra-orgânicos.

O corpo teórico e instrumental em que se apoia a epidemiologia, conforme Breilh (1991), corresponde principalmente às ciências sociais e às ciências naturais em sua expressão supra-individual e recorre de forma limitada às disciplinas de fisiologia e da medicina.

Para Gonçalves (1986: 131 e 133), a epidemiologia enquanto tecnologia no sentido amplo, enquanto saber, enquanto modo de apropriação e manipulação do objeto de trabalho, enquanto modo de controle do processo de trabalho, possui as seguintes características operacionais:

- . *toma a saúde e a doença na sua dimensão coletiva como objeto de conhecimento;*
- . *é capaz de produzir na prática um saber dotado dessas mesmas características (nunca o caso individual da doença);*
- . *desenvolve instrumentos: indicadores de frequência, que podem levar à construção de quadros mais ou menos amplos de descrição do estado de doença do coletivo;*

. ela apreende as dimensões sociais do objeto de modo indireto e adjetivo;

. oferece um suporte teórico-prático para o controle de epidemias.

Ayres (1995: 28) descreve que a epidemiologia,

nascida das transformações ocorridas nas práticas de saúde quando do nascimento das sociedades modernas, tornou-se o saber que mais positivamente metabolizou os ideais revolucionários da medicina social. Desenvolvendo-se como uma disciplina aplicada, a epidemiologia foi o canal através do qual a ideologia científica da medicina social encontrou sua mais expressiva e legítima identidade entre as ciências da saúde.

Para Gonçalves (1994), o exame das características tecnológicas específicas da epidemiologia inicia-se pela consideração da relação entre o âmbito da geração das necessidades e o âmbito de sua transformação em projetos para o trabalho. Assim, no plano infra-estrutural de análise, assume importância fundamental o controle da produtividade da força de trabalho e não apenas da força efetiva e produtiva, mas também da improdutiva e da potencial.

A epidemiologia permite, primeiro transformar uma necessidade socialmente expressa em um conjunto de conceitos estruturados, coerentes e lógicos, capaz de presidir, orientar, organizar sua apreensão intelectual objetiva. Passa, então, sob a guia desse conjunto conceitual, a descrever um dado fenômeno coletivo, depois a explicá-lo causalmente, depois prever seu desenvolvimento tendencial.

No plano da prática, os momentos de elaboração científica acima sublinhados correspondem à captação da necessidade, à sua objetivação e aos instrumentos de trabalho, correspondentes, aos referidos indicadores de frequência e ao conjunto de técnicas empregadas para sua construção, desagregação e análise.

Nesse panorama, os saberes polares da Clínica e da Epidemiologia oferecem possibilidades distintas de captação das necessidades e de sua transformação. Enquanto o saber epidemiológico capta a necessidade diretamente, de vez que faz incidir seu interesse sobre o coletivo, o saber clínico, obrigado a uma manobra, faz crer que o atendimento das necessidades individuais equivale ao atendimento das necessidades coletivas.

Cabe enfatizar que a medicina utiliza muito de outras tecnologias (Informática, Engenharia Nuclear, Engenharia Mecânica, da Produção Física, Química, etc...), para auxiliar no diagnóstico e terapêutica, principalmente do corpo anátomo-fisiológico, enquanto sede das patologias e doenças.

Portanto, podemos dizer que a medicina se apresenta com duas propostas tecnológicas enquanto saberes, a clínica e a epidemiologia e que o saber da enfermagem deriva desses dois modelos, caracterizando-se como uma profissão que se complementa com a medicina, mas que possui características específicas, com um saber que se está construindo e que a seguir passo a analisar.

2.3.2 – O Saber da Enfermagem como Tecnologia

Como abordado anteriormente, a enfermagem é influenciada pelos dois modelos tecnológicos da medicina, a clínica e a epidemiologia. Cabe destacar que esses modelos surgiram do confronto entre a subjetividade e a coletividade. A subjetividade e a coletividade aparecem nos conceitos iniciais, quando há uma separação entre o modo assistencial chamado clínico e o modo operacional chamado epidemiológico. Portanto, a clínica e a epidemiologia emergem dentro de uma perspectiva óbvia da separação do que são os elementos da subjetividade, o que é do sujeito e aquilo que é da sociedade. E aí começa a haver um confronto entre a Sociologia e a Psicologia, porque um dos parâmetros mais clássicos que levam os sociólogos e psicólogos a estudarem esse assunto é quando percebem que o comportamento de um sujeito sozinho é diferente daquele comportamento, quando este sujeito está em grupo.

A enfermagem, no decorrer dos anos, foi considerada como uma profissão meramente técnica e subordinada ao conhecimento médico. Essa imagem tecnificada tornou a enfermagem frágil, pois o enfermeiro não valoriza funções que lhe são específicas: o cuidado ao ser humano, a administração do espaço assistencial, a educação em saúde.

O cuidado, ao longo do tempo, foi sendo associado a tarefas familiares, simples, e não tem sido valorizado enquanto a ação profissional de enfermagem. Mas a técnica, utilizada como o recurso para o desenvolvimento desse cuidado aparece como origem e potencialidade para essa valorização.

Ora, na medida em que tanto profissionais quanto clientela valorizem o enfermeiro que sabe dar bem uma injeção, sabe puncionar uma veia, sabe mobilizar o paciente; está sendo reproduzida a lógica produtivista da sociedade industrial mesmo que sejam procedimentos técnicos rotineiros da enfermagem. Superdimensiona-se o procedimento técnico ao invés do bem-estar da pessoa, construído por uma complexa rede de interações, na qual são aportados saberes e tecnologias das mais diversas origens, sintetizadas originalmente numa ação primordial e ontologicamente ligada à vida - cuidado terapêutico. Da técnica própria aos procedimentos invasivos para uma tecnologia de enfermagem identificada com sua natureza social e científica, há um enorme vazio a ser preenchido pelo desenvolvimento de saberes e práticas específicas.

Cabe destacar, conforme Almeida e Rocha (1989: 29), que uma das primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber na enfermagem é constituída pelas *“técnicas de enfermagem. Elas se organizaram como estrutura de saber nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos, mas estiveram sempre presentes nos cuidados de enfermagem e eram tidas como arte de enfermagem”*.

As mesmas autoras, colocam ainda, que as técnicas recobrem, assim, grande parte do trabalho de enfermagem e que elas passam por transformações que vão da simples descrição de passos até a busca em outras áreas do conhecimento, das razões de tais procedimentos. O nível do saber representado pelas técnicas, dizem as autoras (p. 35),

não é uma elaboração abstrata do conhecimento de enfermagem para desvendar o objeto de trabalho, mas as técnicas são simples seqüências de passos, rituais, expressos por normas e rotinas. As enfermeiras nas instituições de prestação de serviços passam a elaborar manuais de técnicas, normas e rotinas, regulando todo o cuidado a ser prestado ao doente, assim como as rotinas hospitalares.

No Brasil, uma das personagens que introduziu as técnicas de enfermagem de forma sistematizada e que contribuiu para o crescimento desse saber pela sua transformação em tecnologias, foi a Dr^a Elvira De Felice Souza, da qual tive grande satisfação de manter um diálogo e obter por escrito (fax) um material riquíssimo, no qual elucidou várias de minhas curiosidades, dentre elas a sua motivação de trabalhar com as técnicas. Passo a transcrever suas palavras (1998: 1), de modo a ilustrar melhor sua reflexão sobre o assunto.

A motivação maior em trabalhar com técnicas na minha trajetória profissional, foi porque, no meu entender, uma profissão só é valorizada e reconhecida pela sociedade quando utiliza seus próprios meios para atingir um fim.

Considerando a Enfermagem como Arte e Ciência, a Tecnologia põe a ciência em prática e para que isto aconteça, deve-se ter a técnica. Para acompanhar os avanços obrigatórios da ciência, por conseguinte da tecnologia, as técnicas devem ser cada vez mais aperfeiçoadas.

No momento, embora se conceitue tecnologia em enfermagem, como a aplicação sistemática de conhecimentos científicos à facilitação do processo de melhor atender o ser humano, a própria origem da palavra 'techné'- arte aplicada, já está introduzindo a um conceito mais amplo, o de 'utilização de conhecimentos científicos ou não, em situações ou problemas de enfermagem', neste momento, a arte pode ser entendida como uma tecnologia em enfermagem.

No meu entender, a tecnologia e a técnica no setor saúde, foram evoluindo graças às pesquisas desenvolvidas ultimamente pelos vários cursos de mestrado e doutorado, pois leva o profissional mais próximo das necessidades individuais do ser humano, permitindo a ele, o ajuste adequado para cada caso, principalmente se auxiliado pela

observação acurada, pois esta permite tomar visível o invisível.

Portanto, as técnicas e tecnologias de enfermagem são um instrumental que constituem o saber de enfermagem utilizado pelos profissionais, no desenvolvimento cotidiano de sua práxis.

O papel específico do enfermeiro pode estar associado à evolução da noção do processo saúde-doença que, segundo Yongert (1989: 135), procura evidenciar complementaridades entre múltiplos processos no ser humano, tais como:

- . a doença começa a ser vista como uma mensagem do corpo, assinalando um conflito, uma ruptura de harmonia;*
- . o corpo é visto como um todo dinâmico, um campo de energia no interior de um contexto;*
- . a doença crônica ou a incapacidade são compatíveis com o que se chama 'saúde', se elas são integradas e administradas pela pessoa;*
- . o corpo e o espírito formam uma entidade e o espírito é tão importante quanto o corpo.*

Nesta visão, tanto o profissional quanto a pessoa que é cuidada/assistida tornam-se sujeitos e parceiros, buscando a autonomia, autocuidando-se. O profissional torna-se um facilitador e o papel do enfermeiro se transforma, conforme abordado por Yongert (1989):

- . de profissional técnico, que executa e que se cala, ele passa a ser ativo na promoção da saúde, na prevenção da doença, na restauração da saúde e na melhoria do sofrimento, responsável por tudo o que diz respeito aos cuidados de enfermagem;*
- . desenvolve um papel de educador em saúde;*
- . as novas visões exigem uma nova formação e novas intervenções capazes de sustentar a adaptação da pessoa assistida e de sua família, aos problemas inerentes à doença (ajuda a pessoa assistida a compreender o que se passa, a exprimir o que esta sentindo, ajuda a comunicar, a solicitar o que ela tem necessidade, a fazer a escolha*

respeitando sua autonomia, ajuda a viver nas melhores condições possíveis, lhe ensinando a melhor administrar o seu 'stress' e encontrar um sentido a sua vida e refazer um projeto de vida).

Diante do exposto, é necessário o enfermeiro buscar a construção do seu próprio conhecimento, um conhecimento que esteja relacionado com a qualidade de vida, a maneira de administrar a saúde, a enfermidade e os problemas daí decorrentes. A doença deve ser encarada como um problema assistencial, um assunto social, uma situação a ser compreendida e não um objeto a ser explicado, que exige, entre outras ações, a do cuidado terapêutico.

A partir disso, o enfermeiro deve procurar articular a inserção dos cuidados com a existência do cliente/pessoa. Cabe ressaltar que, visto desta forma, o conhecimento de enfermagem difere do conhecimento médico, pois este diz respeito à doença, à patologia e ao tratamento, enquanto o da enfermagem busca orientar-se para o 'cliente real' ou 'potencial', considerando sua existência, isto é, ele é um ser que precisa de ajuda e que possui múltiplas dimensões, então, observar e sentir esse cliente real é olhar essa pessoa nas suas relações, no seu ambiente de trabalho, nas suas interações, ampliando assim essas questões, considerando a saúde, o trabalho e o bem-estar como estando intimamente associados. E o conceito de cuidado parece que dá conta de associar essas questões. Portanto, o 'cliente real', é um ser que possui uma vida concreta, uma vida de relações com os outros, uma vida repleta de desejos subjetivos, uma pessoa que compartilha esses desejos com os outros, que busca satisfação desses desejos e cuja concretização pode estar associada à sua própria ação sobre o mundo.

Portanto, o enfermeiro em sua atuação profissional se quiser ver este 'cliente real', precisa vê-lo dentro desse contexto, com suas relações e ações.

Segundo Almeida e Rocha (1989: 61):

o saber da enfermagem na década de 50 procura delinear-se buscando uma fundamentação para as técnicas de enfermagem e esta fundamentação é

chamada científica e tem suas bases principalmente nas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) e também nas ciências sociais.

A enfermagem, portanto, procura ajuda de outras ciências para garantir sua cientificidade, não sendo, pois, autônoma e exclusiva.

Para buscar esta autonomia, que considero relativa, e sua especificidade, a enfermagem aponta novo enfoque, no final dos anos 60 e toda a década de 70, que é o da construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, expresso por uma terminologia variada, segundo Almeida e Rocha (1989: 87), como: *“a natureza específica da enfermagem, a formalização dos conceitos e teorias, construção dos marcos de referência, de modelos, etc..”*. Esses autores referem, ainda, que o instrumental indicado para orientar a enfermagem na busca de sua autonomia, como campo específico de saber, seriam as teorias, permitindo com isso, uma delimitação do âmbito de atuação do enfermeiro no trabalho com outros profissionais

É neste contexto, na procura de seu papel/identidade, do seu campo de ação, que a enfermagem busca a construção de suas tecnologias, a partir da década de 50 até nossos dias. E no Brasil, Sena (1998) aponta a década de setenta como que a evidencia mais intensamente a discussão sobre tecnologia em enfermagem.

Buscando na literatura de enfermagem internacional, fonte que abordasse a tecnologia, encontrei em Greer (1988), Donabedian (1988), McConnell e Murphy (1990), Pillar *et al.* (1990), Quivey (1990), algumas considerações. Essas autoras abordam, de forma geral a tecnologia enquanto produto e seus impactos para a clientela e o profissional como consequência mais negativa das inovações tecnológicas.

Mas foi em Orem (1985) e Collière (1989) que encontrei eco para aquilo que estou estudando, quando trazem as tecnologias num sentido mais amplo e apresentando uma classificação para as mesmas.

Para Orem (1985), uma tecnologia é a informação sistematizada sobre um processo ou método para efetuar algum resultado desejado através de

empreendimento prático deliberado, com ou sem o uso de instrumentos. A autora tem identificadas oito tecnologias, ou seja, tecnologias necessárias para as relações sociais e interpessoais, que incluem:

- a) comunicação ajustada à idade e estado de desenvolvimento, ao estado de saúde, orientação sócio-cultural;
- b) provocar e manter relações interpessoais, intergrupais para coordenação de esforço;
- c) provocar e manter relações terapêuticas sob a luz dos modos psicossociais de funcionamento em saúde e doença;
- d) dar assistência humana adaptada às necessidades humanas e habilidades de ação e limitações;

e as tecnologias regulatórias, que incluem:

- a) manter e promover processos de vida;
- b) regular modos psicofisiológicos de funcionamento em saúde e doença;
- c) promover crescimento e desenvolvimento humano;
- d) regular posição e movimento no espaço.

Collière (1989: 261) concebe a tecnologia *“como uma arte, um conhecimento dos instrumentos, isto é, tudo o que depende da sua elaboração, da sua criação, da justificação da sua utilização apropriada e da maneira de se servir deles”*. Ela descreve que o homem necessita de um instrumento com que trabalhar, e não de um utensílio que trabalhe em seu lugar. *“Tem necessidade de uma tecnologia que tire o melhor partido da sua energia e da imaginação pessoal e não de uma tecnologia que o escravize e o programe”*. A autora, ainda, coloca que um questionar sobre as tecnologias utilizadas pelos cuidados de enfermagem constitui um domínio completamente inexplorado. Eu diria incipiente e aqui encontro mais um estímulo para o desenvolvimento deste estudo.

Dentro dessa perspectiva, o corpo e suas dimensões interacionais é concebido como sendo objeto privilegiado dos cuidados, o qual permite a utilização dos nossos sentidos para a escolha e realização das ações, como também permite reencontrar a sensibilidade, procurando o que o outro experimenta e o que sente, tentando perceber com mais clareza o que nós próprios sentimos.

Collière pontua ainda, que temos que ter em conta as tecnologias ligadas aos cuidados cotidianos e habituais de manutenção da vida, as tecnologias de reparação e as tecnologias de informação.

Para ela, as tecnologias de manutenção da vida são todos aqueles instrumentos que asseguram a manutenção da vida cotidiana, referentes aos hábitos de vida, em relação à higiene, alimentação, ao significado do vestuário, organização do espaço, instrumentos que compensam limitações de motricidade (devido a lesão funcional), instrumentos que compensam dificuldades de postura, etc. Estar a par desses dispositivos de compensação, assim como criar tecnologias e utilizá-las, ensinar às pessoas a servirem-se delas, faz parte, portanto, do domínio dos cuidados de enfermagem.

As tecnologias de reparação vão dos mais simples instrumentos às máquinas mais complexas. A utilização dessas tecnologias dependem mais dos cuidados prescritos por médicos e executados pelo pessoal de enfermagem. Todo o instrumento de reparação exige, portanto, uma justificação para ser usado, em relação com a natureza do mal, da deficiência ou da limitação funcional que se tem de reparar ou compensar, bem como, situá-la em relação aos hábitos e atividades da vida.

As tecnologias de informação, na perspectiva de Collière (1989), agrupam-se em dois tipos fundamentais de instrumentos: os planos de cuidados ou de ação sanitária e os que contribuem para a gestão do serviço de enfermagem.

No plano de cuidados estão inclusos os registros estabelecidos a partir do tipo de problemas (físico, psíquico, afetivo, etc.), bem como a natureza dos cuidados exigidos (cuidados de manutenção de vida, reparação-exames,

tratamento). Registra a duração do plano, frequência dos cuidados, todo o balanço dos dados que permitem avaliar o processo de cuidado.

Para ela, o plano de ação sanitária e social é a expressão escrita da análise de uma situação familiar, que visa identificar a natureza das dificuldades ou problemas que surgem às famílias.

Os instrumentos de gestão do serviço de enfermagem são todos aqueles de coordenação da informação, que visam assegurar as diferentes atividades do serviço. Collière (1989: 268) assim se manifesta:

os instrumentos e informações, não são, por si só, suficientes, se não houver instâncias de informações como reuniões de serviço, reuniões que dizem respeito aos cuidados ou à ação sanitária, visando elaborar e avaliar o processo de cuidados ou de ação comunitária empreendido e reuniões de gestão de serviço.

Um grupo de investigação atento ao talento criativo e à expressão criativa do enfermeiro e que está sendo coordenado pela Dr^a Enf^a Lygia Paim Müller Dias é o GIATE - Grupo de Inventos e Adaptações Tecnológicas em Enfermagem. Sua sede encontra-se em Florianópolis, na Universidade Federal de Santa Catarina. Foi fundado em agosto de 1990 e mantém intercâmbios com outros grupos de pesquisa.

Este grupo, está estruturado, conforme Dias *et al.* (1995), conceptualmente na valorização da criatividade humana refletida sob diversas formas nos profissionais nesta área de estudo e práticas assistenciais, que os impulsionam a construir, inventar, improvisar, adaptar produtos e processos tecnológicos que interessam ao 'saber-fazer' no cuidado de saúde com as pessoas, com os grupos e as comunidades. Para as autoras (1995: 55),

a invenção, engenhosidade, tão peculiares ao trabalhador de enfermagem, se revestem de expressão, quando se põe ao serviço de artefatos, utensílios, equipamentos e materiais e procedimentos ou mesmo quando surgem

adaptações de processos e procedimentos em favor de mais humanização do cuidar em saúde.

Dizem, ainda, as autoras, que finalmente a produção de um saber procedente de uma investigação científica ou não, mas marcado pela ousadia de criar, com a independência dos que criam e a persistência do próprio criador, formam um caminho que possibilita potenciais e talentos criativos, afinados com um novo século e que aponta como um novo olhar para a própria enfermagem.

O GIATE utiliza-se, para classificação e catalogação, de uma taxionomia de tecnologias que tem apoio em Dorothea E. Orem, servindo como um quadro de referência para categorização dos inventos e que apresento a seguir.

QUADRO 2 - Referência para categorização dos inventos utilizada pelo GIATE

TIPO	ESPECIFICIDADE	PRINCÍPIO
I	Tecnologias de Comunicação	A equipe de enfermagem comunica-se com pessoas em diferentes estados de saúde-enfermidade
II	Tecnologias das Relações Interpessoais, Intragrupais e Intergrupais	A equipe de enfermagem promove e mantém relações de cooperação a nível interpessoal, intragrupo e intergrupo
III	Tecnologias de ajuda apropriada às limitações humanas	A equipe de enfermagem presta ajuda apropriada às necessidades e limitações do ser humano
IV	Tecnologias de promoção, manutenção e controle terapêutico da postura e movimentos corporais	A equipe de enfermagem promove, mantém e controla eventualmente as pessoas limitadas por circunstâncias de saúde-enfermidade
V	Tecnologias de manutenção do processo de vida	A equipe de enfermagem apóia e mantém o processo de vida
VI	Tecnologias de promoção do desenvolvimento humano	A equipe de enfermagem promove o processo de desenvolvimento, implicado aí o seu próprio desenvolvimento
VII	Tecnologias de avaliação contextual do processo saúde-enfermidade	A equipe de enfermagem avalia, compara e promove mudanças do âmbito psico-social no processo saúde-enfermidade
VIII	Tecnologias de promoção e manutenção das relações terapêuticas	A equipe de enfermagem promove e mantém relações terapêuticas de acordo com a conduta das pessoas no processo saúde-enfermidade

Fonte: Dias, L.P.M. et al.. Projeto grupo de Pesquisa - GIATE. Taxonomia de tecnologia de enfermagem que tem apoio em Dorothea E. Orem. Florianópolis, 1992.

Enfatizo, também, que a enfermagem utiliza-se, como a medicina, de outras tecnologias (Informática, Química, Patologia, Fisiologia, Psicologia, Antropologia, Física, etc...) em sua prática profissional, embora muitas delas de forma ainda limitada.

Feitas estas considerações, o estudo até aqui realizado permitiu-me elaborar uma classificação de tecnologias a partir do saber de enfermagem veiculado nos principais meios de publicações e eventos da categoria e que esta classificação emerge de um processo acurado de procedimentos e estudos que será apresentado no caminho metodológico.

Nesse crescente caminhar, acredito que a enfermagem encontra-se, hoje, com um conjunto de tecnologias que podem cada vez mais ser desenvolvidas e especificadas por todos aqueles profissionais motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano. Espero que o referencial teórico aqui construído e todos os dados encontrados e analisados neste estudo possam ser *'possibilidades que possibilitam outras possibilidades'* de investigação em tecnologias.

2.4 – O SABER DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA EMANCIPATÓ- RIA: um Caminho em Construção

De onde nasce esta proposição? Após muito ir e vir com reflexões, percebo que, muitas vezes, os modos como se trabalha em unidade de assistência à saúde não me satisfaz mais. Observo que a prática é fragmentária, cada um faz o que bem entende, resolve as 'coisas' que vão acontecendo, 'prepara' o ambiente para todos os outros profissionais atuarem, 'corre-se' o dia inteiro. Ao final do turno de trabalho, o que foi feito no sentido de propiciar o auto-desenvolvimento e a auto-realização, como profissional e como pessoa, bem como da clientela atendida?

Ao entrar em um hospital, não querendo dizer que em outras instituições de saúde isso não ocorra, percebo que os profissionais de enfermagem estão muito atrelados às normas e rotinas que eles próprios criam,

e outras muitas vezes impostas, a partir da influência institucional e seu trabalho torna-se cansativo e estressante. Em seu discurso 'ideal', procuram ver o cliente como 'humano' e como 'total', mas na prática, isso é pouco observado. O tempo passa depressa e precisam 'fazer' os cuidados, para que não sejam deixados para o pessoal do outro turno. Até que ponto estamos alienados no processo de trabalho? Que concepções teóricas e filosóficas de homem, sociedade e ser humano, enfermagem, enfermeiro estão guiando nossas ações? Será que o nosso trabalho vem contribuindo na resolubilidade dos problemas dos clientes e da nossa prática profissional? É possível mudar? De que forma?

Acredito que seja a partir de uma reflexão ampla que poderemos transpor tantos obstáculos, lutar contra as restrições desnecessárias e procurar alternativas que levem em direção à construção de uma mentalidade que rompa as relações de submissão e de objetificação no processo de trabalho, para uma mentalidade crítica, livre, na qual sejamos sujeitos, numa perspectiva democrática e emancipatória.

É nesse desejo e esperança de ver os indivíduos serem sujeitos de sua história que busco construir uma proposta, cuja constituição será orientada por um saber apropriado como **tecnologia emancipatória** e que será a seguir apresentada, com suas caracterizações e especificidades.

2.4.1 – Emancipação: o Constructo² básico da Tecnologia Emancipatória

Primeiramente, como já anunciei na introdução deste trabalho, evocarei o constructo emancipação com seus respectivos componentes, tentando fazer algumas reflexões no sentido de associá-los à concepção de tecnologia emancipatória. Tomo como base algumas proposições de autores que, preocupados com esta temática, têm motivado a busca por uma compreensão mais profunda do que seja, portanto, emancipação.

² Constructo é considerado aqui como uma idéia originária da inter-relação de outros conceitos, os quais se constituem em seus componentes. Para compreender-se um constructo é necessário a compreensão dos conceitos que o formam.

Demo (1990: 78 e 1995: 133) define emancipação como:

o processo histórico de conquistas e exercício da qualidade de ser ator consciente e produtivo.(...) O processo emancipatório constitui um fenômeno profundo e complexo, de teor tipicamente político, e que supõe, concretamente, a formação de um tipo de competência, ou seja, de saber fazer-se sujeito histórico capaz de pensar e conduzir o seu destino.

Esse mesmo autor ainda descreve que o processo emancipatório é um fenômeno de competência política.

Da mesma forma que para os outros conceitos estudados, busco enumerar algumas idéias de autores, evidenciando os pontos que se aproximam ou se distanciam.

Emancipação, segundo Silva *et al.* (1986: 389), é o “*ato simples ou complexo pelo qual uma pessoa, classe ou país se liberta do estado de sujeição em que se encontra anteriormente*”. Este conceito cuida da emancipação como saída de sujeição. É um conceito, que aqui está colocado, para Silva, como ‘curativo’, porque emancipação é parte da educação para o viver saudável.

Emancipar, para Thiebaut (1991: 207), “*é romper vínculos de dominação e é o efeito de domínio sobre si que nos faz sujeitos morais*”. A idéia parece estar vinculada ao poder do indivíduo em conduzir sua própria vida.

Marx, citado por Lowy (1978), avança para uma solução mais profunda do conflito entre a existência individual sensível e a existência genérica, através da categoria da ‘emancipação humana’. Ele diz que só quando o homem individual real recobra em si, o cidadão abstrato e se converte, como indivíduo, em ser genérico, em seu trabalho individual e em suas relações individuais; só quando o homem reconhecer e organizar suas forças próprias como forças sociais e quando, portanto, não separar mais de si a força social sob a forma de força política, só então se realizará a emancipação humana. Portanto, são os aspectos ético, político e contestatório, quando, para além do valor de mercado

o produto de qualquer tecnologia adquire o valor humano de uso, salto que garante a junção de forças individuais a serviço das forças sociais e coletivas.

O que esses autores expressam como ponto comum é que a pessoa deve possuir uma consciência crítica para fazer-se um sujeito histórico, ator de seu destino, não separando a força social sob a forma de força política, para libertar-se do estado de sujeição. Pensar assim requer uma referência a conceitos associados ao mesmo movimento, num processo de desenvolvimento, transformação e conservação, balizado em valores humanos construídos socialmente pela reflexão-ação-reflexão.

Apresento uma concepção sobre emancipação, através da Figura 1, expressando inúmeros momentos de reflexão, nos quais firmaram-se algumas convicções, embora as compreenda não como algo fechado em si mesmas, mas em processo contínuo de desenvolvimento. Todos estes conceitos representados abaixo, estão interrelacionados e imbricados mutuamente, isto é, eles fazem parte de um processo e não estão separados.

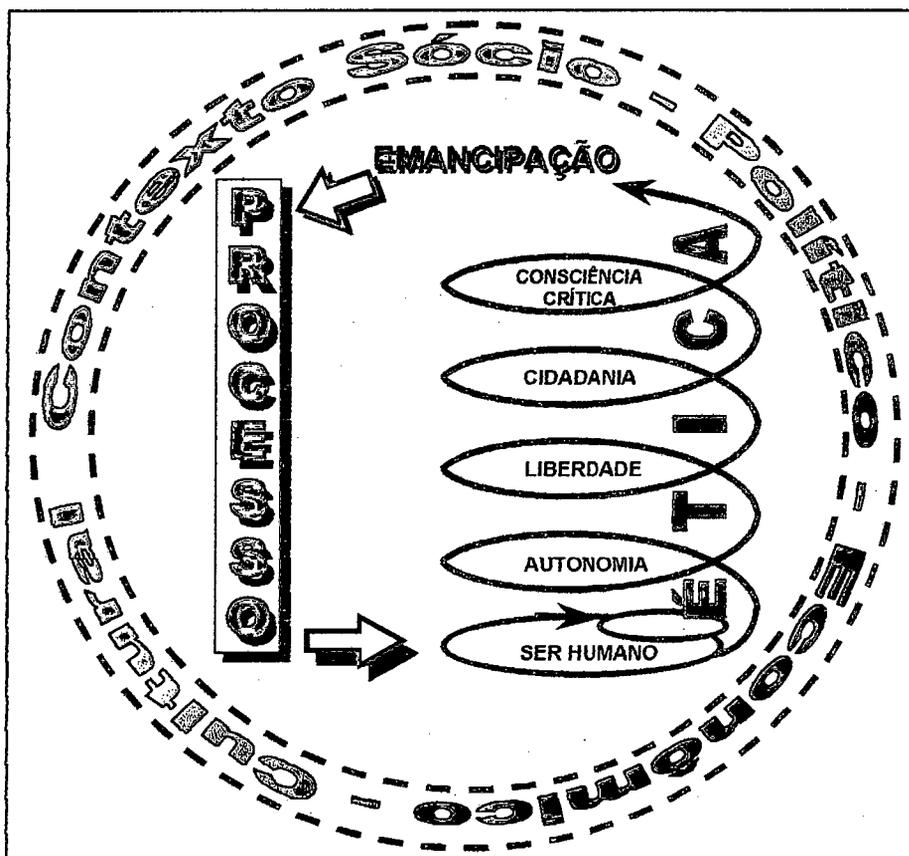


Figura 1 - Representação esquemática da concepção de emancipação.

Por ora, entendo a emancipação como um processo que ocorre com o *ser humano* inserido num contexto sócio-político-econômico-cultural, e que necessita ser atendido. As condições materiais básicas interligam os componentes de autonomia, liberdade, cidadania, consciência crítica e, nos quais perpassa a ética. O processo de emancipação não é um processo abstrato, se estrutura e se origina do próprio homem concreto, e esta concreticidade do sujeito se revela na medida em que esses componentes do processo de emancipação ocorrem no mundo material-concreto, e não no mundo da imaginação, nas condições próprias daquelas circunstâncias em que os seres humanos convivem. Quanto mais desenvolvido for este mundo material-concreto, mais possibilidade há de desenvolvimento dos processos, de emancipação do ser humano.

A emancipação, dentro de uma perspectiva processual e ética, é própria de um ser humano com consciência crítica e que vivencia sua cidadania e isso só pode ocorrer a partir da liberdade e da autonomia, características que ele tem no momento em que se torna uma pessoa com um alto desenvolvimento das suas capacidades, de modo que ele não tenha limitações na sua auto-realização. O sujeito que não se auto-realiza é um sujeito que não têm à sua disposição os elementos para a escolha. Não interessa se ele têm uma alta consciência crítica, se ele não tem liberdade para fazer as escolhas que sua consciência lhe determina. Sem escolhas não há nada no mundo social, inclusive possibilidade de um indivíduo tornar-se cidadão. Se tornar-se cidadão significa somente poder eleger seus representantes, ter acesso aos bens, só ter direito à vida social e nisso não se inclui a responsabilidade dos sujeitos sobre sua própria vida social, o exercício de cidadania só vai acentuar a individualidade, a que o ser humano têm direito, considerando pouco a participação desse sujeito na coletividade. No entanto, os limites ao cidadão não podem ser limites que ultrapassem as necessidades dos indivíduos (os limites das instituições devem preservar a segurança das pessoas que buscam o seus serviços), ou seja, a questão da cidadania não é maior que a questão do sujeito. A cidadania não tem precedência sobre a questão do sujeito.

As necessidades dos indivíduos são limitadas pelas necessidades dos outros indivíduos e os limites do cidadão também são relativos aos limites do outro cidadão.

Portanto, não se conquistam direitos agindo deslealmente em prejuízo dos outros, pois o processo emancipatório precisa ser intrinsecamente ético. Como processo formativo, o saber pensar e o aprender a aprender incluem a competência de conviver e construir o bem comum, acima do egoísmo e da ganância. Não se constrói nada sobre os escombros dos direitos alheios. Assim, também, a emancipação não é absoluta, supõe contraditoriamente a dependência de uma ideologia, de um grupo social de referência, de uma hierarquia de motivos, enfim, de uma postura histórica. A emancipação humana não passa pela arma, pela guerra, mas pela participação e conquista.

Esses componentes de consciência crítica, autonomia, liberdade, cidadania só podem ser apreendidos dentro de uma perspectiva do *ser humano inteiro*, sem fragmentação (imposta pelo sistema produtivo), favorecendo a possibilidade de experienciar inteiramente toda a vivência cultural no seu sentido simbólico (da representação interna do indivíduo sobre a vida), social e natural, criando laços entre si e permitindo que ele seja íntegro.

Quero aqui resgatar a concepção de ser humano que descrevi na minha dissertação de mestrado (Nietsche, 1993: 281), no que ainda acredito, ou seja, ser humano é

aquele que pensa, sente, reflete, discute, crítica, analisa a realidade em que vive e atua intervindo em sua transformação, sendo autor e transformador do seu próprio conhecimento, de modo que assuma de forma crítica o seu papel de cidadão. Um homem capaz de relacionar-se consigo mesmo e com os outros, testemunhando valores éticos como amor, esperança, justiça, honestidade, solidariedade, responsabilidade. Enfim, concebo um homem político, aqui entendido como 'aquele que têm consciência histórica, sabe dos problemas e busca soluções. Não aceita ser objeto, quer comandar seu próprio destino e amanhece o horizonte dos direitos, contra o dado e contra a imposição. Autor, não expectador, criativo, não produto' (Demo, 1991: 15).

Não estariam nessa descrição as características de um ser humano emancipado?

O sentido da emancipação se constitui em direito de conquista de um espaço de liberdade e de autonomia para o sujeito vivenciar a sua cidadania. Se criarmos um espaço para isso e, por outro lado, fornecermos os instrumentos para o sujeito (o outro) ter uma consciência crítica, ele vai, naturalmente, aprender a emancipar-se. A emancipação é um processo que se aprende, seja pela expansão da consciência, através do processo educativo e da vontade política de ser sujeito histórico a cada dia, dinamicamente. Portanto, nós não emancipamos ninguém, isto é algo que deve estar internamente fermentando no ser humano. Mas podemos auxiliar, apontando alguns caminhos para favorecer a que os outros se emancipem.

O processo de emancipação é algo que ocorre internamente no ser humano e se manifesta externamente na sua ação. Emancipação é um conceito agregado ao sentido da reciprocidade, mas não tem pretensão de 'salvar' ninguém. Portanto, um indivíduo é emancipado em si, para si, mas não é emancipado para os outros. Isto é, não é emancipado para os outros, no sentido que ele não têm que parecer emancipado para os outros, mas ele é emancipado em si e isto se manifesta em suas ações. Pode haver emancipação em si e para si num espaço de liberdade e autonomia para vivenciar sua cidadania, sua participação ativa e consciente na construção da sociedade.

O processo emancipatório não é estático, unidirecional e conclusivo, ou seja, agora estou emancipado e 'acabou'. É um processo contínuo, de modo que em certas dimensões de nossa vida podemos ser emancipados e em outras dimensões não. Muitas vezes, pensamos que somos livres e na verdade essa liberdade é relativa a um determinado contexto e é relativa às possibilidades que esse contexto permite. Vivemos em determinadas situações efetivamente fazendo escolhas, mas há certas ocasiões em que não podemos fazer escolhas, não podemos emancipar-nos efetivamente, ou seja, das regras morais que a sociedade tem de alguma forma, dos costumes, dos hábitos, entre outros. Portanto, de alguma forma assimilamos certos comportamentos que são determinados pela nossa vida social e isto faz com que podemos ser ora

emancipados ora não emancipados, isto é, podemos ser emancipados de algo, podendo estar alienados em outras situações, contradição que nos exige um permanente esforço de consciência crítica.

Portanto, é no processo de viver que se realiza a emancipação, com momentos de maior ou menor emancipação, dependendo da situação em que os sujeitos encontram-se, ou seja, alguém altamente emancipado dentro do lar pode não ser emancipado no seu trabalho e vice-versa.

Cabe salientar que à medida em que a sociedade vai evoluindo e ampliando as vivências éticas nas relações, a emancipação também vai ampliando-se para outras dimensões do cotidiano. A constituição social, hoje, nos leva a pensar que há certas estruturas da sociedade que impedem o processo de emancipação e que é necessário um processo contra-hegemônico, no sentido de oposição às formas relacionais não emancipatórias.

Habermas (1987) é outro autor que ajuda no aprofundamento da questão emancipação, quando em seus escritos apresenta três interesses condutores do conhecimento que mediam o curso da história natural e um deles trata da questão da emancipação. Diz ele que a ação instrumental se norteia pelo sucesso e a ação comunicativa pelo entendimento.

Segundo Valenti (1995: 114), o interesse em ação instrumental e em ação comunicativa

refere-se ao reino da Economia, é a relação utilitária do homem com a natureza e sua necessidade de domínio sobre ela, bem como na eficiência em reproduzir de modo racional em relação a fins. Essa atividade instrumental depende invariavelmente, de um processo social e comunicativo que, através da linguagem, estabeleça relacionamentos com os demais indivíduos no sentido de sucesso.

Unem-se, portanto, dois modos básicos de ação: a instrumental, através do trabalho e a comunicativa, através da linguagem. A esses dois tipos básicos de ação social correspondem dois interesses inerentes à espécie

humana, ou seja; o técnico e o prático. Para tanto, Habermas (1987: 217) define interesse

como um conhecimento útil ao próprio sujeito, são orientações básicas que aderem a certas condições fundamentais da reprodução e da autoconstituição possíveis da espécie humana: trabalho e interação. [Segundo o mesmo autor (1987: 20)], o interesse deve indicar a unidade do contexto vital em que está encapsulada a cognição: as manifestações susceptíveis de verdade se referem a uma realidade que é objetivada como realidade em dois contextos diferentes de ação-experiência, isto é, é desejada ao descoberto e constituída ao mesmo tempo.

Os interesses técnicos, diz Aragão (1992: 56),

estão preocupados com a aplicação da ciência empírica-analítica para prever e controlar ações sociais racionais propositadas, ou seja, aqueles que dominam a natureza para fins instrumentais, e dela dispor, prevendo-a, controlando-a e até a recriando artificialmente, para conseguir dela um maior rendimento com maior disponibilidade de meios (como a fazem a ciência experimental e a tecnologia).

Portanto, o conhecimento é gerado e utilizado pela ciência empírica analítica, numa tentativa de controlar o meio para que os humanos possam existir. O interesse prático permite uma percepção intersubjetiva e profunda do mundo social, através do uso da ciência histórica hermenêutica. O interesse prático, conforme Aragão (1992: 56), é aquele que

organiza as relações que os homens estabelecem entre si, o que implica numa repressão de sua natureza interna, de modo a regulamentar os processos de vida social por normas que, uma vez aceitas, passam a ser institucionalizadas e que, devido à sua força legal, não podem ser desrespeitada, sob forma de sanções.

O terceiro interesse, descrito por Habermas, inclui a emancipação. É através desse interesse que a razão possibilitou ao sujeito e às sociedades esclarecerem uma capacidade crítica contra seus próprios descaminhos. Interesses emancipatórios são aquelas buscas de conhecimento com uma orientação para a liberdade.

Esse interesse, conforme Habermas (1968: 140), *“está envolvido na razão e na capacidade humana de ser auto-reflexivo e autodeterminado. Liberta o sujeito da dependência de poderes hipostasiados. A auto-reflexão está determinada por um interesse emancipatório do conhecimento”*.

O conhecimento emancipatório é criado das ciências orientadas criticamente que, por sua vez, estão baseadas na combinação das ciências empíricas analíticas e históricas hermenêuticas, numa síntese maior.

O objetivo da ciência empírico-analítica e histórico-hermenêutica é produzir conhecimento nomológico, adjetivo do conhecimento emancipatório e buscar liberdade dos dogmas e da natureza limitante desta perspectiva nomológica.

Acredita-se que este novo conhecimento promove emancipação por soltar a pessoa de uma prisão e comunicação distorcida, criando uma consciência crítica que expande a autonomia e permite a vivência da liberdade com responsabilidade.

É nesta perspectiva que o saber de enfermagem como tecnologia pode se tornar emancipatório, permitindo lutar pela liberdade das diretrizes perversas, impostas socialmente, no intuito de promover a consciência crítica e, conseqüentemente, repercutindo numa ação emancipadora.

Portanto, emancipar-se é participar ativamente, é ter vida, é ter condições de vivê-la. Que meios são necessários para emancipar-se? Um dos modos que aponto é o saber, como tecnologia emancipatória, na medida em que seu conteúdo permite ao ser humano afastar-se mais e mais da sujeição.

A emancipação é algo complexo e profundo e, quando desejada, necessita do exercício de consciência crítica, exercício de cidadania, de liberdade, de autonomia e da qual também deve ter como ‘fio condutor’, ‘pano

de fundo' a ética. No processo emancipatório também é necessário que sejam atendidas as necessidades e condições materiais básicas à vida do ser humano.

Para um maior esclarecimento desses conceitos, tentarei trabalhar cada um deles, pois os mesmos são os componentes considerados importantes, nos próximos capítulos apresentados e discutidos como categorias de análise dos dados.

2.4.1.1 – Emancipação e Consciência Crítica

O termo consciência teve várias reformulações significativas no decorrer do desenvolvimento histórico. Conforme Silva (1986), dois conceitos de consciência se propuseram ao longo da história das idéias psicológicas, a que surge com Descartes e a que se produz com Bretano. No primeiro, a consciência se define como conhecimento reflexivo. Ser consciente é apreender-se a si próprio de modo imediato e privilegiado, ocorrendo, portanto, a dualidade envolvendo o subjetivo e o objetivo. Essa tipologia dominou até o início da segunda metade do século XIX. A segunda tipologia, diz ainda o mesmo autor, provém da escolástica e se converte em conceito central na fenomenologia de Husserl. Em 1874, Bretano retoma da tradição escolástica o conceito de intencionalidade, que logo incorpora ao movimento fenomenológico, sendo, então, a consciência definida pela referência ou relação a um objeto que se caracteriza como mental, podendo ser imanente ou intencional.

Considerado o conceito de consciência como central na psicologia por longo período, ela foi abandonada após o advento do behaviorismo. Com Piaget, conforme Silva (1986), o conceito de consciência se recupera e se identifica com o de conduta.

Após estas considerações iniciais em relação à consciência, Silva (1986: 246) conceitua a mesma como sendo a *“essência da personalidade, a base da imputabilidade das ações. O homem se faz a si próprio um ser moral à medida que desenvolve sua consciência, motor de seus atos”*.

Antes de descrever sobre a consciência crítica, que defendo como um componente integrante da emancipação, gostaria de trazer algumas concepções filosóficas de consciência, para ter-se uma visão mais integral da mesma. Tentarei ilustrá-las no QUADRO 3, cujo conteúdo foi baseado em Abbagnano (1982: 171-181). Esse autor coloca que a consciência na filosofia moderna e contemporânea é complexa. É o de uma relação da alma consigo mesma, de uma relação intrínseca ao homem (interior e espiritual), pela qual ele pode conhecer-se de modo imediato e privilegiado e, por isso, julgar-se de forma segura e infalível.

O termo consciência foi empregado pela primeira vez, de acordo com Abbagnano (1982), por Kant, para indicar o complexo das 'funções lógicas' que são comuns a todas as consciências empíricas, não obstante as diferenças individuais de tais consciências.

Este mesmo autor aponta dois aspectos da consciência, *o moral*, como a possibilidade de autojulgar-se, que se vincula estreitamente ao *aspecto teórico*, como possibilidade de conhecer-se de modo direto e infalível. Portanto, a consciência é um instrumento importante de conhecimento e de orientação prática.

QUADRO 3 - Concepções acerca da consciência na perspectiva de alguns filósofos

FILÓSOFOS	CONCEPÇÕES DE CONSCIÊNCIA
Platão	Opinião (de pensamento geral) - como o diálogo interior da alma consigo mesma. É lembrança, opinião e raciocínio - conjunto das atividades cognitivas em geral.
Aristóteles	Pensamento do pensamento - ela exprime a exigência de que o pensamento pelo qual o homem pode ter como objeto, ainda mesmo as coisas piores, tem por objeto o próprio pensamento.
Filão	Faz uso do sentido moral da noção de consciência, sendo uma manifestação direta da lei ou de alguma verdade ao homem.
Plotino	A consciência como uma certa qualidade dos conteúdos psíquicos (consensação ou consequência) e o 'retorno à intencionalidade' ou a reflexão sobre si mesmo, que constituem a consciência verdadeira e própria.
Santo Agostinho	É a transcendência dirigida não para o exterior (as coisas, os homens), mas para Deus enquanto é o princípio, a norma e a medida da própria validade íntima do homem.

São Tomás	Significa a aplicação da ciência a alguma coisa. A consciência indica o próprio ato que aplica um hábito ou uma noção a algum ato particular.
Descartes	Pelo nome do pensamento ele entende que todas as coisas que acontecem em nós com consciência, enquanto temos consciência delas. Não só entender, querer, imaginar, mas sentir-pensar (inteira vida espiritual do homem).
Locke	O uso da consciência para indicar a certeza absoluta que o homem tem da sua própria existência e que a relação entre a alma e as suas próprias operações que ele chama de reflexão.
Hume	Nada está jamais presente à mente, se não as percepções - é impossível representar ou formar a idéia de um algo que seja especificamente diferente das idéias ou impressões.
Leibniz	Com o conhecimento das verdades necessárias e com as suas abstrações, somos elevados aos atos reflexivos que nos fazem pensar no que se chama <i>eu</i> , e a considerar que este ou aquele está em nós, e é assim que pensando em nós, pensamos no ser, na substância, no simples, no composto, na imaterialidade e em Deus mesmo, concebendo aquilo que é limitado em nós e sem limites nele. Estes atos reflexivos fornecem os objetos principais dos nossos raciocínios.
Kant	Distinguiu a Consciência discursiva (apercepção pura) e a intuitiva (apercepção empírica). A discursiva é o 'eu da reflexão'- implica o lado formal da consciência. A intuitiva - a experiência interna, que inclui o material múltiplo da intuição empírica interna. A consciência está a indicar uma relação que não o interior ou íntima ao homem, mas está entre o homem e algo de exterior.
Hegel	A noção de consciência implica a relação da consciência com um objeto que, ao menos à primeira vista, não é, ele próprio, consciência, mas algo de diferente e que a noção de conceito ou de espírito (autoconsciência) elimina essa alteridade.
Bergson	A consciência como atitude de introspecção ou auscultação interior. Aparece como proporcional à potência de escolha de que dispõe o ser vivo. A consciência é o princípio criativo da realidade e ao mesmo tempo manifesta e revela imediatamente tal realidade no interior do homem.
Husserl	A consciência é um transcender que constitui uma relação com o próprio objeto 'em pessoa' e não já com sua imagem ou representação. Portanto o objeto é de natureza lógico-transcendental, é uma possibilidade que define o modo de ser da consciência.
Jaspers	A análise existencial é a análise da consciência. O ser é a consciência: eu existo como consciência e só como objetos da consciência as coisas existem para mim. Tudo o que é para mim deve entrar na consciência.
Sartre	A consciência é consciência de alguma coisa e de alguma coisa que não é consciência e sim o 'em si'. A consciência na sua percepção imanente, isto é no seu ato de auto-reflexão, é tudo, é o absoluto.
Heidegger	Chama a consciência de 'voz da consciência'. Esta é entendida como uma relação intrínseca do Ser-aqui do homem, e, precisamente, como uma relação pela qual o homem é revocado da existência anônima e banal do 'diz-se', 'faz-se', etc., para o seu próprio e autêntico 'poder ser', isto é, para a sua possibilidade constitutiva última, o ser-para-a-morte.

Dewey	Ele entende como consciência a simples consciência-percepção: o estar acordado, vigilante e atento ao significado dos eventos presentes, passados ou futuros.
Ryle	Habitualmente sabemos aquilo de que estamos ocupando, sem que, porém, seja necessário recorrer à história da fosforescência para explicar o que sabemos e que esse saber não implica num ato incessante de censura ou exame do fazer e do sentir, mas só uma propensão 'inter alia' e exprimi-los, se e quando nos ocorre fazê-lo, que esse saber não requer que devamos topar algum evento de natureza espectral. Há negação da consciência em favor de um conhecimento de 'si mesmo' que é tão pouco privilegiado, direto e infalível como o conhecimento de qualquer outra coisa.

Estas múltiplas concepções apresentadas sobre a consciência ao longo da história, para demonstrar que esse conceito é dinâmico, mutável e não estático, proporcionam ao leitor uma visão mais globalizada do mesmo, auxiliando para uma compreensão mais acurada sobre o exercício da consciência crítica, que ora passo a descrever e comentar.

A consciência crítica implica na ultrapassagem de uma postura do espontaneísmo de apreensão da realidade para uma postura crítica, da qual ocorre, conforme Freire (1980) um 'des-velar' da realidade. E isso consiste na penetração da essência fenomênica do objeto o qual será profundamente analisado. Este tipo de consciência existe na práxis, ou seja, no ato de ação-reflexão-ação, constituindo-se permanentemente, desse modo, a maneira de ser ou de transformar o mundo que caracteriza e no qual vivem os seres humanos, numa relação consciência-mundo.

Quando se fala em processo emancipatório, aqui voltado para os profissionais de enfermagem e clientela, a consciência crítica se torna um compromisso e também uma consciência histórica, isto é, eles assumem o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo, criando e recriando suas existências com o material disponível que a vida lhes oferece.

Para ilustrar melhor o que pretendo anunciar, busco em Freire (1979: 40-41) as características da consciência ingênua, aquela que não auxilia no processo emancipatório, e da consciência crítica, que auxilia e em que há um compromisso das pessoas. Veja a seguir:

Características da consciência ingênua

- a) *Revela uma certa simplicidade, tendente a um simplismo, na interpretação dos problemas, isto é, encara um desafio de maneira simplista ou com simplicidade. Não se aprofunda na casualidade do próprio fato. Suas conclusões são apressadas, superficiais.*
- b) *Há uma tendência a considerar que o passado foi melhor.*
- c) *Tende a aceitar formas gregárias ou massificadoras de comportamento. Esta tendência pode levar a uma consciência fanática.*
- d) *Subestima o homem simples.*
- e) *É impermeável à investigação. Satisfaz-se com as experiências. Toda concepção científica para ela é um jogo de palavras. Suas explicações são mágicas.*
- f) *É frágil na discussão dos problemas. O ingênuo parte do princípio de que sabe tudo. Pretende ganhar a discussão com argumentações frágeis. É polêmico, não pretende esclarecer. Sua discussão é feita mais de emocionalidades que de criticidades: não procura a verdade; trata de impô-la e procurar meios históricos para convencer com suas idéias. É curioso ver como os ouvintes se deixam levar pela manha, pelos gestos e pelo palavreado. Trata de brigar mais, para ganhar mais.*
- g) *Tem forte conteúdo passional. Pode cair no fanatismo ou sectarismo.*
- h) *Apresenta fortes compreensões mágicas.*
- i) *Diz que a realidade é estática e não mutável.*

Características da consciência crítica

- a) *Anseio de profundidade na análise de problemas. Não se satisfaz com as aparências. Pode-se reconhecer desprovida de meios para a análise do problema.*
- b) *Reconhece que a realidade é mutável.*
- c) *Substitui situações ou explicações mágicas por princípios autênticos de causalidade.*

d) Procura verificar ou testar as descobertas. Está sempre disposta às revisões.

e) Ao deparar com o fato, faz o possível para livrar-se de preconceitos. Não somente na captação, mas também na análise e na resposta.

f) Repele posições quietistas. É intensamente inquieta. Torna-se mais crítica quanto mais reconhece em sua quietude e inquietude e vice-versa. Sabe que é na medida que é e não pelo que parece. O essencial para parecer algo é ser algo, é a base da autenticidade.

g) Repele toda a transferência de responsabilidade e de autoridade e aceita a delegação das mesmas.

h) É indagadora, investiga, força, choca.

i) Ama o diálogo, nutre-se dele.

j) Face ao novo, não repele o velho por ser velho, nem aceita o novo por ser novo, mas aceita-os na medida em que são válidos.

Diante dessas duas posições diferenciadas da consciência, a crítica é que permite aos seres humanos, como atores e sujeitos do processo de viver desmistificar a realidade em que se encontram, buscando uma ação permanente de transformação dessa realidade para a construção de si mesmo, do outro, do seu processo de libertação, sua emancipação.

O exercício da consciência crítica auxilia ao profissional despertar, através da sua práxis, o seu crescimento pessoal e profissional, a transformar a realidade do seu micro-espço de atuação, no sentido de propiciar também o crescimento do outro (clientela). Este processo é contínuo e dinâmico, em que se assume, desse modo, que o ser humano é um ser inacabado e se encontra numa busca e compromisso autêntico. Penso que isto funciona como um 'motor' ou 'razão' de se viver de maneira alegre e cheia de esperança.

Portanto, o desenvolvimento de uma consciência crítica que permite aos seres humanos transformar a realidade, necessita ser aprendida e cultivada diariamente, é um constante exercício. Tanto os profissionais de enfermagem e a clientela, na medida em que dentro da sociedade a que pertencem, considerando essa tipologia de consciência, vão respondendo aos desafios,

vão construindo e fazendo a história pela suas atividades criadoras, na busca do processo de emancipação.

2.4.1.2 – Emancipação e Cidadania

No final do século XX, abordar a temática do exercício da cidadania, é falar em bem-estar, em condições dignas de vida, em igualdade social, numa tendência de universalização do acesso a bens psico-sócio-econômico-político-espiritual-culturais, para reedificar uma práxis de direitos e deveres do cidadão. Falar em exercício de cidadania é também remeter-se ao processo de emancipação dos sujeitos.

Hirata (1995) coloca que, historicamente, não se falava em cidadania sem se referir à democracia da sociedade grega, desde que esses dois conceitos, ou seja, democracia e cidadania não eram concebidos em separado. Ela cita que em Atenas, no século VI a.C., os homens livres possuíam o privilégio de participar do governo, decidindo suas questões mediante a persuasão pela palavra, sem violência. Embora esta sociedade seja um marco, dela estavam excluídas as mulheres, as crianças, os estrangeiros e os escravos, constituindo assim uma democracia restrita, não tendo exatamente o sentido de hoje.

Considerando, ainda, uma trajetória da concepção de cidadania, Hirata (1995: 22), lembra as revoltas de escravos no século I a.C., que ocorreram na Itália Meridional e Sicília, quando lhes foi despertada a consciência da força coletiva para a idéia libertária. Outro momento importante é o ano de 1215, na Inglaterra do rei João, quando este decretou que *“... nenhum homem, seja qual for sua condição, poderá ser expulso de sua terra, nem preso, nem deserdado, nem morto sem ter respondido o processo legal. Esta declaração foi intitulada, posteriormente, de Carta Magna”*.

Na sociedade feudal, diz a autora, da Europa na Idade Média, os servos e os camponeses eram tão despojados de qualquer direito que permaneciam agregados à terra (gleba), sem escolha sobre seu destino, nem

arbítrio sobre seus valores. Outro marco importante data do século XII quando a justiça real foi estabelecida com poder efetivo para definir e defender os direitos civis dos seus súditos.

Dando um salto ao século XVIII, Hirata (1995) refere que nos deparamos com as revoluções na Inglaterra, França e Estados Unidos, na busca do reconhecimento dos direitos civis dos indivíduos, isto é, **igualdade perante a lei** - direitos de pensamento e fé, de ir e vir, à propriedade, à conclusão de contratos pessoais e à justiça única para todos. Cabe destacar que, após a Revolução Francesa, de 1789, o mundo não foi mais o mesmo, constituindo-se esta num referencial para a instalação do Estado de Direito, que se opunha ao Estado de Nascimento. Neste, não havia como se opor às condições hereditárias, a sociedade era dividida numa série de espécies humanas distintas (patrícios, plebeus, servos, escravos), não havendo direitos compartilhados por todos. Com o Estado de Direito estava instalado o **princípio da igualdade e dos direitos do cidadão perante a lei**. O reconhecimento dos direitos fundamentais do homem foram divulgados para o mundo inteiro, quando a Revolução Francesa aprovou a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.

No século XIX, diz a autora, ocorre a busca para a igualdade, centrada nos direitos políticos, isto é, aptidão para decidir politicamente (votar, ser votado, organizar-se, mobilizar-se, escolher) a representação para as novas formas de regimes governamentais. Esses esforços vêm em função da assertiva que, historicamente, o exercício dos direitos, quer civis, políticos e ou sociais é conquistado, num constante afrontamento com poderes constituídos e limitantes de uma cidadania concreta.

No século XX, a cidadania, segundo Saupe (1992: 3), *“chega aos nossos dias sendo definido como condição do indivíduo, membro de um Estado, portador de direitos e obrigações”*. A conquista do direito de cidadania, sua universalização, é uma das principais questões políticas discutidas no mundo como sendo o componente fundamental do desenvolvimento humano.

Como relata Saupe (1992: 4), a conquista da cidadania concreta,

não é algo que se realize como determinação previsível, é preciso a ação consciente dos homens. A constatação histórica de que direitos adquiridos facilitam a obtenção de outros direitos, indica possibilidades reais de progresso, pois as leis da história podem ser moldadas pela ação dos homens, atuando através de sua vontade e colocando diante de si objetivos conscientes determinados.

Um dos autores que vem despertando o meu interesse no aprofundamento teórico em muitos temas é Demo e trago aqui algumas de suas posições acerca da cidadania, para auxiliar-me na sustentação da temática, que ora estou trabalhando.

Para Demo (1988: 70), cidadania é “*a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. Trata-se de uma das conquistas mais importantes da história*”

Diz, ainda, o mesmo autor, que a cidadania pressupõe o Estado de direito, que parte pelo menos na teoria, da igualdade de todos, perante a lei e do reconhecimento de que o ser humano e a sociedade são detentores inalienáveis de direitos e deveres. Em relação aos direitos, estão os chamados ‘direitos humanos’, que hoje nos parecem óbvios, mas cuja conquista demorou milênios e que traduzem a síntese de todos os direitos imagináveis que o homem possa possuir. Em relação aos deveres, aparece sobretudo o compromisso comunitário de cooperação e co-responsabilidade.

Portanto, o exercício de cidadania é um amplo processo de conquista e construção que está imbricado nas relações sociais, refletindo-se nas diversas atividades humanas, dentre as quais o cuidado de enfermagem. Para esta conquista e construção, os profissionais e clientela precisam mobilizar-se efetivamente nos micro-espços em que atuam, buscando a participação organização e conscientização coletiva sobre as contradições entre carências (necessidades) e os seus direitos sociais, não esquecendo, também, de seus deveres, enquanto cidadãos.

Demo (1995: 1), em outra de suas obras, define a cidadania como

competência humana de fazer-se sujeito, para fazer história própria e coletivamente organizada. [Diz ele ainda que,] para essa competência, alguns componentes são cruciais, como educação, organização política, identidade cultural, informação e comunicação, destacando-se, acima de tudo o processo emancipatório.

O desafio maior da cidadania, para este autor (1991), é a eliminação da pobreza política (núcleo principal da pobreza material-carência), que está na raiz da ignorância acerca da condição de massa de manobra. A cidadania é a raiz dos direitos humanos e estes somente germinam, nascem e se desenvolvem onde a sociedade se faz sujeito histórico, capaz de discernir e efetivar seu projeto de desenvolvimento.

É necessário, nesse momento de grandes possibilidades de mudanças em nossa sociedade, que todos, entre os quais destaco, os profissionais de enfermagem, deixem de ser meramente indivíduos e transformem-se em verdadeiros cidadãos, conscientes de seus direitos e deveres, ajudando a superar as crises nacionais e a construir uma sociedade melhor e mais saudável.

Para Resende (1992: 67), cidadania é *“estado de espírito e uma postura permanente que levam pessoas a agirem, individualmente ou em grupo, com objetivos de defesa de direitos e de cumprimento de deveres civis, sociais e profissionais”*.

Neste sentido, exercer a cidadania é exigir direitos, reclamando contra abusos, agindo contra a ineficiência e descaso de entidades oficiais, reivindicando melhor qualidade de vida, entre outras atitudes do gênero, porém isto não deve ser confundido com revolta, indisciplina ou desobediência civil.

Sei que se trata de um enorme desafio, mas acredito na construção e conquista individual e coletiva, na postura ética e no dinamismo emergente de uma cidadania ativa e comprometida.

Outra autora que trago é Ferreira (1993: 21), quando em seu livro aborda a cidadania como uma questão para educação, enumerando como pressupostos que:

- ontologicamente, ela não é um 'em si', pois tem por fim a identidade social dos indivíduos na relação com um determinado Estado;

- seu determinante histórico-social é a existência da sociedade de classes e do Estado; como categoria histórica, a cidadania é dinâmica, refletindo, portanto, as condições econômicas, políticas e sociais da sociedade na qual foi forjada;

- no interior das relações sociais, a cidadania pertence à ordem simbólica, representando realidade e disponibilidade, valores e significações socialmente estabelecidas; serve assim de mediação entre os indivíduos e o Estado.

Portanto, explicitar cidadania implica também em dimensioná-la, a partir da realidade econômica, política e social. Na esfera individual, cada um é um cidadão, teoricamente (porque na prática pouco ocorre) igual a todos os outros assim considerados.

Retornando novamente a Demo (1995: 6), gostaria de apresentar as três tipologias de cidadania que ele aborda, ou seja, a cidadania tutelada, a cidadania assistida e a cidadania emancipada.

A cidadania tutelada

expressa o tipo de cidadania que a direita (elite econômica e política) cultiva ou suporta, a saber, aquela que tem por dádiva ou concessão de cima. Por conta da reprodução da pobreza política das majorias, não ocorre suficiente consciência crítica e competência política para sacudir a tutela. A direita apela para o clientelismo e o paternalismo, principalmente, com o objetivo de manter a população atrelada a seus projetos políticos e econômicos. O resultado mais típico da cidadania tutelada, que, na prática, é sua negação/repressão, é a reprodução indefinida da sempre mesma elite histórica.

A cidadania assistida, diz o autor é aquela que

expressa forma mais amena de pobreza política, porque já permite a elaboração de um embrião da noção de direito, que é o direito à assistência, integrante de toda democracia. Entretanto, ao preferir assistência à emancipação, labora também na reprodução da pobreza política, à medida que, mantendo intocado o sistema produtivo e passando ao largo das relações de mercado, não se compromete com a necessária equalização de oportunidades. O atrelamento da população a um sistema sempre fajuto de benefícios estatais é seu engôdo principal. Maquia a marginalização social. Não se confronta com ela.

A cidadania emancipada, conforme Demo (1995) é um meio, instrumento que auxilia na destruição da pobreza política, ela contrói a competência alternativa, apregoa a necessidade da organização política e coletiva. O Estado está a serviço público e seu tamanho é necessário e legítimo. Na cidadania emancipada ocorre a conquista dos direitos, a ética da eqüidade, a ideologia é democrática, as políticas sociais estão voltadas para o desenvolvimento humano sustentado - matricial, a questão de renda é a distribuição, busca a democratização, as relações de mercado é dobrar e a cidadania prevê nesta tipologia a emancipação via competência.

Portanto, a vida cotidiana deve ser o espaço de criação, recriação e construção diária do exercício de cidadania, em busca do processo de emancipação.

2.4.1.3 – Emancipação e Liberdade

O exercício de liberdade também constitui-se num componente importante do processo de emancipação das pessoas e, por sua vez, deve ser incluído nas proposições tecnológicas emancipatórias. Inicialmente, apresentarei várias dimensões tipológicas da noção de liberdade e, posteriormente, descreverei que liberdade se busca na relação com a emancipação.

Abbagnano (1982) apresenta três concepções de liberdade emergidas no decurso da história. A primeira concepção é aquela considerada como autodeterminação ou autocausalidade em que a liberdade é a ausência de condições e de limites, portanto, ela é absoluta, incondicionada, é livre aquilo que é causa de si mesmo. Esta concepção perdurou durante toda a Idade Média.

A segunda concepção é vista como necessidade, que se funda sobre o mesmo conceito da precedente, isto é, sobre aquele de autodeterminação, mas atribui a própria autodeterminação à totalidade (mundo, substância, Estado) a que o homem pertence e não somente a ele próprio.

A terceira concepção de liberdade é percebida como possibilidade ou escolha, segundo a qual ela é limitada e condicionada, isto é, finita. Portanto, a liberdade consiste na possibilidade de escolhas delimitadas por uma lei estabelecida por um poder a isto destinado, pelo consentimento dos cidadãos.

Abbagnano (1982) ainda coloca que hoje insiste-se sobre o fato de que a liberdade humana é uma liberdade situada, enquadrada no real, condicionada e relativa. A liberdade leva ao estudo de seus limites e das condições que, num campo e numa situação determinada, podem tornar efetiva e eficaz a possibilidade de escolha do homem.

Para mim, a liberdade não pode converter-se em 'licença', mas é essencial se ter o respeito pela liberdade do outro. Quando se fala de liberdade e emancipação, o grande desafio que se coloca ao profissional de enfermagem é como ele deve, em sua práxis, agir no sentido de fazer possível que o limite seja assumido como parte da liberdade.

Nesse espaço que denomino possibilidade é o lugar de exercício de liberdade. Uma qualidade indispensável a este exercício é a generosidade, permitindo uma relação ética com a liberdade do outro, na construção do sujeito histórico.

Ferreira (1993: 219) assim se manifesta em relação à liberdade, ou seja, que

está sempre tensionada com a presença dos outros, com antagonismos, conflitos, lutas por reconhecimento. A liberdade se configura num processo de perdas e ganhos, trocas e conquistas, acumulando alegrias e frustrações, fantasias e ressentimentos.

Ser livre, para a autora, é compartilhar com os outros as chances de viver a própria história. Significa dizer que é da essência mesma da liberdade recusar a inércia, impulsionar o homem para o mundo, mesmo que isso acarrete sua morte.

Para Valls (1986: 49), falar de ética significa falar de liberdade, porque *“quando uma objetividade total domina o sujeito, não há mais espaço para a liberdade e conseqüentemente, nem para a ética”*. Portanto, a liberdade como possibilidade humana consiste em pensar e agir livremente, mas condicionada por aquilo que nos cerca.

Aranha e Martins (1993: 300) têm um interessante enfoque sobre a liberdade como pressupostos para a cidadania. Para elas, a liberdade não é uma dádiva, algo que é dado, nem é um ponto de partida, *“mas é o resultado de uma árdua tarefa, alguma coisa que o homem deve conquistar. Não é a ausência de obstáculos mas o desenvolvimento da capacidade de dominá-los e superá-los”*.

Para essas autoras (p. 299), o homem é determinado (tudo o que existe tem uma causa) e é livre (poder escolher um ato ou não independente das forças que o constroem - livre arbítrio). Segundo a concepção dialética, embora os pólos determinismo-liberdade se oponham, na verdade estão ligados, ou seja:

. o homem é realmente determinado, pois se encontra situado em um tempo e espaço e é herdeiro de uma certa cultura;

. o homem é também um ser consciente, capaz de conhecer esses determinismos; tal conhecimento permitirá a ação transformadora que, a partir da consciência das causas (e não à revelia delas), pode construir um projeto de ação.

Portanto, dizem ainda as autoras, só a consciência do determinismo não é suficiente, pois a liberdade se torna verdadeira quando acarreta um poder, em domínio do homem sobre a natureza e sobre a sua própria natureza.

Outra autora que estuda essa temática, é Heller (1991), a qual apresenta alguns conceitos de liberdade que se constituíram em algumas tendências fundamentais neste campo em diversos períodos históricos. A autora fala em liberdades e as mais importantes são a liberdade econômica, política, moral, filosófica e cotidiana. Os dois pólos da liberdade, segundo a autora, estão representados pelo conceito cotidiano e pelo filosófico, os quais passo a apresentar e comentar.

Os conceitos filosóficos de liberdade nem sempre têm se preocupado com a liberdade do gênero humano, nem também com a liberdade do particular, mas constituída a partir do nível do desenvolvimento genérico.

O conceito antigo de liberdade, segundo a autora, incluindo o filosófico, significava que ser livre na 'polis' era a possibilidade de se eleger o bem que era precisamente o Estado. Em consequência disso, o máximo grau de liberdade é alcançado pelo homem que se ocupava ativamente da administração de sua 'polis', para isso, era necessário a liberação das motivações puramente particulares.

Após a dissolução da 'polis' em que surgia o homem privado, o conceito de liberdade filosófica foi tomando outra conotação, ou seja, a condição fundamental de liberdade continuava estando relacionada com os afetos particulares, preparando para o fazer-se independentemente do mundo circundante e de suas mudanças.

Também, hoje, conforme Heller (1991) está compreendida a liberdade do indivíduo como homem genérico, com a possibilidade de participar em assuntos de sua comunidade e capacidade de conversar, desprezando qualquer constrição externa, constituindo a autonomia moral de sua personalidade.

Outra concepção de liberdade é apontada pela autora como cristã, e estava diretamente apoiada sobre a vontade. Ser livre significava, então, eleger

o bem ou o mal e estava acoplada à personalidade das pessoas e elas eram responsáveis pelas decisões tomadas.

Aparecem também novas concepções burguesas de liberdade, que atacam o 'livre arbítrio' e que continuam baseadas no fundamento ontológico-antropológico, ou seja, na correlação entre liberdade e necessidade. A necessidade possui duas variantes, a autodeterminação - não existe liberdade senão livre necessidade, em que ser livre é o indivíduo que se autodetermina para a ação; a outra variante é o reconhecimento da necessidade como critério de verdade.

Dentre as várias abordagens do conceito de liberdade filosófica, a autora (p. 217) destaca que *"a humanidade será livre quando todo homem particular pode participar conscientemente na realização da essência do gênero humano e realizar os valores genéricos em sua própria vida, em todos os seus aspectos"*.

Pelo conceito cotidiano de liberdade, Heller (1991: 213) coloca que a

liberdade não depende somente de mim, senão também da liberdade dos outros, é dizer, meu ato somente é realmente livre quando através dela se realiza ou ao menos não deixa obstaculizada a liberdade dos outros. O conceito de liberdade da vida cotidiana expressa adequadamente a liberdade da vida cotidiana. A liberdade em relação à vida cotidiana não é 'absoluta', como precisamente não pode sê-lo nenhuma liberdade.

Portanto, a liberdade é relativa. É impossível fazer sempre o que se quer. Os limites de minha liberdade cotidiana chegam até onde chega os de minha personalidade. Mas, quanto mais genérica é a liberdade, tanto mais este movimento se converte em um 'processo de devenir livres'.

O conceito cotidiano de liberdade contém, por sua natureza, tanto a particularidade como a generacidade em si. A concepção, segundo a qual o homem deve fazer algo, pode legitimar toda a aspiração particular.

Heller (1991: 219) diz que a liberdade, portanto, esclarece que tipo de possibilidades de ação pode ter, desde os seguintes pontos de vista:

- em que esfera se situa a possibilidade de ação;
- qual é o conteúdo desta;
- em que medida se refere somente o individual ou a uma integração particular;
- o bem expressa o desenvolvimento genérico em seu conjunto.

A liberdade também depende das possibilidades, que dependem a sociedade. As características individuais e o grau de desenvolvimento de individualidade continuam sendo fatores importantes para que surja e se realize a liberdade.

Outra autora que aborda a questão da liberdade em várias dimensões no decorrer da história é Arendt (1992). Como já foram abordados algumas delas, gostaria de centrar-me em duas concepções. A primeira coloca que o campo da liberdade sempre foi conhecido, no âmbito da política, como um fato que pertence à vida cotidiana. Para ela, a ação e a política são capacidades e potencialidades da vida humana, essenciais para a existência da liberdade. Portanto, tocar em um problema político particular é necessariamente tocar em um problema de liberdade. Arendt (1992: 192) também pontua que a liberdade somente em crise ou de revolução se torna o alvo direto da ação política. Sendo assim, os homens convivem politicamente organizados e *“sem liberdade, a vida política seria destituída de significado. A ‘raison d’être’ da política é a liberdade, e que essa liberdade é vivida basicamente na ação”*.

Para que seja livre, a ação deve ser livre, por um lado, de motivos e, por outro, do fim intencionado, como um efeito previsível. A ação é impregnada de princípios, e eles se manifestam no mundo enquanto dura a ação. Portanto, descreve a autora (p. 199),

a liberdade ou o seu contrário surgem no mundo sempre que tais princípios são atualizados; o surgimento da liberdade, assim como a manifestação de princípios, coincide sempre com o ato em realização. Os homens são livres, diferentemente de possuírem o dom da liberdade, enquanto agem, nem antes, nem depois; pois ser livre e agir são uma mesma coisa.

A segunda concepção que trago de seus escritos é a sobrevivência da liberdade quando a vida política se tornou petrificada e a ação política impotente, de modo que a liberdade pode ser confundida como um fenômeno essencialmente não-político, em que a liberdade segundo Arendt (1992: 218) é vivenciada como

um dom supremo que somente o homem, dentre todas as criaturas terrenas, aparece ter recebido, e cujos sinais e vestígios podemos encontrar em quase todas as suas atividades, mas que só se desenvolve com plenitude onde a ação tiver criado seu próprio espaço concreto onde possa, por assim dizer, sair de seu esconderijo a fazer sua aparição.

Diante dessas múltiplas concepções de liberdade e frente ao processo emancipatório, penso que o exercício de liberdade é um privilégio do ser humano e que esse é desenvolvido nas relações cotidianas. A liberdade não é algo abstrato mas manifesta-se na concretude das relações. Ela possui um espaço que denomino de limite e possibilidade. E dentro desse último é que podemos exteriorizar nossos desejos, de criatividade, de luta contra aquilo que consideramos incorreto, escolhendo alternativas. Portanto, é o espaço de nossa independência e de nos sentirmos como atores e construtores da história. Por outro lado, o limite, como algo essencial para a liberdade existir, esse é condicionado pelas características individuais e coletivas dos sujeitos, pela estrutura social e econômica e pelas condições materiais e técnicas, além do respeito ao limite do outro.

2.4.1.4 – Emancipação e Autonomia

O exercício de autonomia é outro componente do processo emancipatório. A seguir apresentarei alguns pensamentos de autores relativos a esse tema.

A noção de autonomia de acordo com Nikku (1997) e Schneider *et al.* (1995), é derivada do grego 'autós', que significa *eu* (auto) e 'nomos', que significa lei (regra, norma).

Para Abbagnano (1982: 93) a autonomia "*é um termo introduzido por Kant para designar a independência da vontade em relação a todo o desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria, que é a da razão*".

Os sofistas defendiam a idéia do homem como o centro e a medida de todas as coisas. Platão, em contraposição a eles, colocou que a sobrevivência civilizada possui mais valor do que a liberdade individual. Isso quer dizer que o bem comum, coletivo, suplanta o desejo e o bem individual, pois o bem para o desejo de uma pessoa, necessariamente não é bom para a sociedade.

Schneider *et al.* (1995: 170) colocam que, no século XVI, com as idéias emancipatórias, os "*valores da ordem natural são substituídos pelas noções de autonomia e liberdade*". Entretanto, a autonomia, de origem grega, sofreu influências cristãs, consistindo, portanto, na crença de que "*a natureza é obra de Deus, portanto a ordem natural é formalmente boa*".

Esses autores ainda ressaltam que o conceito de autonomia no mundo contemporâneo está vinculado às revoluções democráticas ocorridas nos Estados Unidos e na França, que construíram a noção de democracia participativa e propiciaram a noção de cidadania e dos direitos humanos.

A autonomia passa a ser, então, um direito, um valor a ser conquistado e garantido no exercício diário de nossas atitudes, posturas e ações. Esta noção de autonomia tem implicações diretas nas relações dos profissionais de enfermagem e clientela, no processo terapêutico, bem como no processo de viver saudável.

Para Ferreira (1986), a autonomia consiste na faculdade de se governar por si mesmo, propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta.

Nikku (1997) refere que a autonomia é um conceito complexo, impreciso, podendo ser usado para referir uma série de idéias, todas associadas com auto-controle ou auto-governar-se. Às vezes, diz a autora, a autonomia se refere a um poder individual de autodeterminação, isto é, em que os indivíduos podem decidir ou agir sobre si próprio. Às vezes, entretanto, ela se refere a uma certa adequação individual para a autodeterminação.

Nikku ainda coloca que as pessoas autônomas podem produzir (fazer) suas próprias decisões e atos em acordo com essas decisões. As pessoas com a autonomia diminuídas possui um reduzido poder para decidir ou agir. Esse poder pode ser restrito por influência de vários fatores externos ou internos à pessoa. E, ainda, a pessoa pode por instantes ser extremamente influenciada ou controlada de alguma maneira, ou seu poder ser incapaz de decidir ou atuar devido a reações físicas ou psicológicas.

Diz a autora que alguns filósofos têm restrito o significado de autonomia para a capacidade de poder decisório. Em muitas discussões éticas de autonomia, o interesse é focalizado no poder da capacidade individual de decidir. A forte ênfase na capacidade para poder decidir é possivelmente uma conseqüência de uma situação comum que ocorre no trabalho diário. Entretanto, há também muitos escritos, refere a autora, que têm focalizado a atenção para o fato de que uma decisão, em geral, também inclui uma opinião implícita e que é capaz de agir sobre a decisão.

Trabalhando as questões da autonomia, encontro também em Castoriadis (1982: 122-131) algumas posições que considero importante pontuar, para permitir a reflexão sobre os mesmos.

Ele coloca em sua obra que o *Id* em Freud é, na realidade, o *Ego*. O ego, na perspectiva freudiana é o consciente em geral e o *Id* é a origem e lugar das pulsões (instintos) representando o inconsciente. Para Castoriadis, o *Ego* deve tomar o lugar do *Id* e isso não pode significar nem a supressão das pulsões, nem a eliminação ou reabsorção do inconsciente. Trata-se de tomar

seu lugar na qualidade de instância de decisão. A autonomia, portanto, seria o domínio do consciente sobre o inconsciente.

Portanto, a autonomia se configura como situação em que 'meu discurso' deve tomar o lugar do discurso do outro, de um discurso estranho que está em mim e me domina: fala por mim.

Um discurso que é *meu* é um discurso que negou o discurso do outro, que o negou, não necessariamente em seu conteúdo, mas enquanto discurso do outro, ou seja, explicitando, ao mesmo tempo, a origem e o sentido desse discurso, negou-o ou afirmou-o com conhecimento de causa, relacionando seu sentido com o que se constitui como a verdade própria do sujeito, como sua própria verdade.

Castoriadis (1982: 126) coloca que

um sujeito autônomo é aquele que sabe ter razões para concluir: isso é bem verdadeiro, e isso é bem meu desejo. A autonomia não é pois a elucidação sem resíduo e eliminação total do discurso do outro não reconhecido como tal. Ela é a instauração de uma outra relação entre o discurso do outro e o discurso do sujeito.

Portanto, a total eliminação do discurso do outro não reconhecido como tal é um estado não histórico. Penso que Castoriadis enfoca que a autonomia é relativa, isto é, que sempre nossas escolhas ou decisões para atuar estão ligadas de alguma maneira ao discurso do outro ou inferência do contexto em que as pessoas estão inseridas. O autor coloca que a verdade própria do sujeito é sempre participação a uma verdade que o ultrapassa, que se enraíza finalmente na sociedade e na história, mesmo quando o sujeito realiza sua autonomia.

O sujeito em questão não é, pois, o momento abstrato da subjetividade filosófica, ele é o sujeito efetivo totalmente penetrado no mundo e pelos outros. Castoriadis (1982: 128) diz que

o 'eu' da autonomia não é o 'si' absoluto, mônada que limpa e lustra sua superfície êxtero-interna a fim de eliminar as impurezas trazidas pelo contato com o outro; é a instância ativa e lúcida que reorganiza constantemente os conteúdos utilizando-se desses mesmos conteúdos, que produz com um material e em função de necessidades e de idéias, elas próprias compostas do que ela já encontrou antes e do que ela própria produziu.

A autonomia conduz diretamente ao problema político e social. Não podemos desejar a autonomia sem desejá-la para todos e sua realização só pode conceber-se plenamente como empreitada coletiva.

Após estas considerações acerca da autonomia e considerando-a relativa, como componente importante do processo emancipatório, gostaria de tecer alguns comentários. Penso que a clientela deve ser o centro de tomada de decisões, a partir das informações que recebe dos profissionais de enfermagem na relação, como ato de promoção e cuidado à saúde. Muitas vezes, as decisões apresentadas podem ser posições diferentes entre a clientela e profissionais, mas não deve ser esquecido o respeito mútuo a essas opiniões distintas. O profissional deve ter o consentimento da clientela para qualquer ação que será realizada sobre o seu ser, evitando toda a coerção e inclusive o paternalismo. Freire (1998: 66) coloca que o "*respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder aos outros*".

Portanto, saber que deve respeito à autonomia e a identidade da clientela exige do profissional uma prática em tudo coerente com este saber e auxiliando na emancipação dos mesmos. Porque ao considerarmos tanto a clientela quanto o profissional como sujeitos que compartilham decisões, isto é, desenvolvem sua autonomia, trazemos para o exercício da profissão de enfermagem o desafio de uma nova postura, no que tange à relação com a clientela, com outros profissionais, entre si, enfim, na relação com o outro.

Ao finalizar a descrição dos quatro componentes do processo de emancipação, gostaria de dizer que o exercício de todos eles é construído

cotidianamente, passo a passo, continuamente, por todos aqueles que acreditam e têm compromisso com a construção de uma sociedade que tenha por base a afirmação da vida e da dignidade de toda a pessoa humana.

É através da prática emancipatória, do exercício da consciência crítica, da cidadania, de liberdade, de autonomia, em que perpassa uma ética de construção de sujeitos históricos, é que estão alicerçados os pressupostos que acredito serem fundamentais da **tecnologia emancipatória**, para que as pessoas ajudem suas comunidades a encaminharem as soluções de seus problemas econômicos, políticos, morais, ecológicos, sociais, favorecendo o progresso do país. Disso deverá resultar melhor qualidade de vida, mais oportunidade de progresso e realização pessoal e profissional, entre outros. E, ao participarmos da construção de processos de emancipação, possamos ser estimulados sempre pela vontade de superar os obstáculos e de vencer, porque o importante na vida não é ter ou parecer, mas, sim, ser, realizar, construir e desenvolver.

2.4.2 – Tecnologia Emancipatória: uma Perspectiva de Transformação

A **tecnologia emancipatória** é concebida e entendida como a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que, ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu próprio processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e da cidadania, tendo como condição a possibilidade de experimentar liberdade, autonomia, integralidade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida, de modo que os envolvidos possam encontrar a sua auto-realização.

Meu desejo é que a construção dessa proposta possa reacender, como diz Leopardi (1994: 179-180),

a esperança da possibilidade da reconstrução do trabalho, para a emergência do trabalhador - homem vivo, onde possa encontrar um novo sentido para o trabalho humano, procurando não colocá-lo nem como centralidade da vida nem como marginalidade, mas, sim, que este possa ser uma multiplicidade de experiências possíveis para desmascarar as nossas faces desvitalizadas de trabalhadores, para encontrarmos um sentido humano para o trabalho, de modo que ao produzirmos riquezas não produzamos junto a morte do prazer, da vitalidade, da ética, da estética e da liberdade.

A desmitificação da unilateralidade, ou seja, da visão exclusiva do homem como trabalhador, procurando identificar as diversas faces desse homem na consolidação da omnilateralidade, como refere a mesma autora, será critério para a construção de minha proposta.

Uma tecnologia emancipatória pretende ser um processo com o objetivo de emancipação dos sujeitos, também dentro de uma perspectiva processual e ética, buscando-se uma consciência crítica, procurando uma maior participação do cidadão na sua vida e nas decisões coletivas. Portanto, se não refletirmos e agirmos, não haverá uma crítica consciente da realidade e o futuro poderá ser uma consequência da nossa insensatez; pois a inconsciência é o motivo constante das desolações individuais e coletivas. Para que isso não ocorra, o sujeito (cidadão) necessita, além da consciência crítica, a liberdade e autonomia para escolher, levando sempre em consideração o bem comum.

A emancipação na saúde se dirige para um campo compartilhado entre a clientela e o trabalhador de enfermagem: o processo do cuidado também pode ser emancipatório por diferentes vias, e o saber como tecnologia é uma delas. Mas supõe uma versão não pragmática, ou seja, a tecnologia não apenas como estruturação de um fazer, porque a tecnologia emancipatória apresenta as seguintes características:

- a) **é histórica**, portanto, processual, reproduz de maneira concreta as contradições da sociedade num processo dinâmico e contínuo;
- b) **é contestatória** - no sentido da libertação da pobreza política, ou seja, na perspectiva de conquista do espaço próprio de

autodeterminação, em uma sociedade organizada, vivendo um Estado de direito, com uma economia estável. Produz um cidadão com direito à igualdade de oportunidades, direito à organização autônoma, porque lhe propicia o movimento autônomo para a auto-organização para cuidar de sua própria defesa, de maneira democrática e competente, se associando e participando, seja ao nível de grupos de interesses ou de comunidades, para se congregarem e reagir (Demo, 1991);

- c) **é ética** - porque leva à conquista do direito, contribuindo com os direitos dos outros. É a vivência dos princípios morais, levando em conta a totalidade das pessoas, sua diversidade e variedade;
- d) **é política** - no sentido da libertação do estado de sujeição, em que o ser humano passa a ser ator criativo e ativo e não meramente expectador passivo. Envolve o respeito pelas pessoas, envolve a busca incessante por melhores momentos, sem prescindir das limitações determinadas pelo processo histórico;
- e) **é estética** - busca harmonia do eu, retomando a vida como fonte de alegria, criatividade e prazer. Como experiência baseada na inseparabilidade de experiências e reflexão aberta a novos aportes e novos desenvolvimentos;
- e) **é competência** - porque exige capacidades na criação de novas possibilidades tecnológicas para a vida, levando em consideração o contexto sócio-político-econômico e cultural.

Portanto, a ética, a estética, a política, a contestação, o processo histórico, a competência são algumas características das dimensões concretas da vida consciente, que implicam em busca de qualidade da mesma. É nessa perspectiva que germina o saber como tecnologia emancipatória.

Essas características da tecnologia emancipatória estão representadas na seguinte figura:

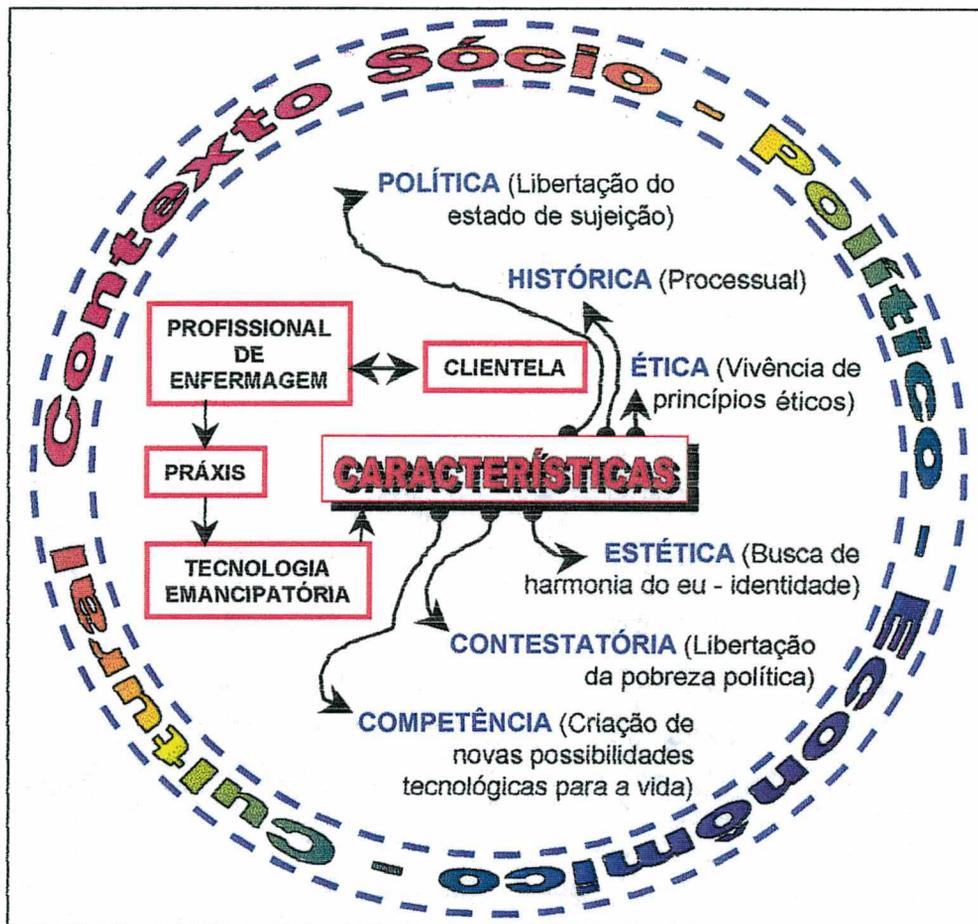


Figura 2 - Representação esquemática das características da tecnologia emancipatória

Para que uma forma de tecnologia emancipatória seja desenvolvida, é necessário aos indivíduos envolvidos terem consciência da condição de suas ações e, a partir da reflexão, desejarem transformá-la. Para isso, precisam encontrar seus aliados dentro das instituições onde se encontram, lutando por aquilo que acreditam, sensibilizando as pessoas que se complementam na ação assistencial. Acredito que essa é uma tarefa árdua e complexa, mas para buscar o auto-desenvolvimento e auto-realização pessoal, seja do profissional ou da clientela, é necessário iniciar pela transformação do micro-espço (local de trabalho), para refletir no macro (setor saúde em geral e na sociedade) e vice-versa.

O conceito de tecnologia emancipatória, já descrito, tem seu lugar fundamental para a síntese da reflexão conceitual apresentada, supondo-se a

possibilidade de orientar-se para o exercício da consciência crítica, autonomia, liberdade e vivência da cidadania.

Souza (1998: 3) refere alguns elementos constituintes e que estão ligados a questão emancipatória e que seriam:

- estimular os motivos e movimentos de 'criação' dos educandos em enfermagem, pois sem o desenvolvimento pleno dessas potencialidades, o ser humano não viverá plenamente. A arte é o recurso mais rico para o estímulo desses mecanismos;

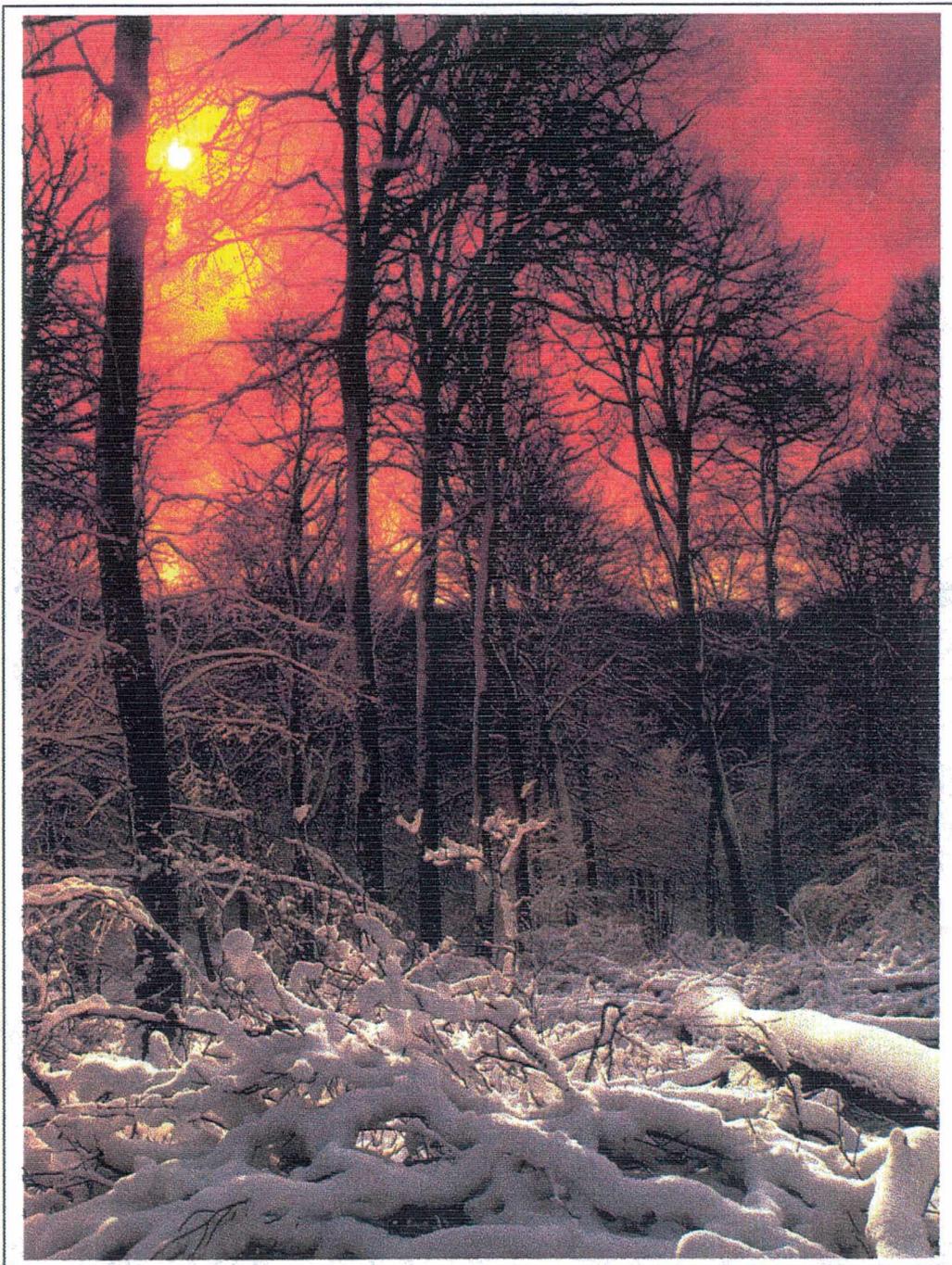
- estimular a prática cotidiana de leitura e reflexão. Através deles nos instrumentamos para uma melhor compreensão de como partimos para uma teoria própria de enfermagem;

- estimular a fruição e a percepção do mundo, em outras palavras, desenvolver no profissional de enfermagem, a capacidade de diagnosticar as necessidades espirituais, emocionais, sociais e físicas de todo ser humano sob seus cuidados;

- estimular a revisão das técnicas adotadas nas várias atividades do assistir e do cuidar, para ajustá-las às novas construções do conhecimento e possibilidades tecnológicas que tendem a fluir com as novas pesquisas, não só na área da saúde, como em todas as áreas do conhecimento.

Penso que essa autora trouxe uma grande contribuição ao apontar alguns caminhos que auxiliam também no processo emancipatório das pessoas e que esta se estende na construção de tecnologias.

O saber de enfermagem enquanto tecnologia não é por si mesmo um modo de emancipação ou alienação, mas sim no momento em que ela inclui e expressa componentes emancipatórios, existem maiores possibilidades do processo emancipatório se efetivar nos seres humanos.



3 - CAMINHO METODOLÓGICO

O interesse e a curiosidade do homem pelo saber levam-no a investigar a realidade sob os mais diversos aspectos e dimensões

(Cervo, Bervian, 1983: 53).

Este caminho constitui-se das 'ferramentas' necessárias utilizadas para auxiliar no 'des-velar' da realidade. Foi um momento que exigiu muito esforço físico e mental, mas também trouxe surpresas e alegrias. Portanto, partindo das minhas inquietações, do problema, da tese e dos objetivos enunciados, optei por uma pesquisa empírica, do tipo descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa.

Para Demo (1994: 37), a pesquisa empírica é aquela

dedicada a trabalhar a parte da realidade que se manifesta empiricamente e é, por isso, mais facilmente manejável. É importante valorizar a pesquisa empírica, pela possibilidade que oferece de maior concretude às argumentações, por mais tênue que possa ser a base factual.

A pesquisa descritiva, segundo Cervo e Bervian (1983: 55), é aquela que *"procura descobrir, com precisão possível, a freqüência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características"*.

Portanto, é o tipo de pesquisa que *"busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas"*.

Cabe salientar, conforme Ayala e Lameira (1989), que o produto de uma pesquisa descritiva não se circunscreve unicamente a expor, explicar ou detalhar fenômenos. Os seus resultados, como em toda a investigação formal, são sempre aproveitáveis, no futuro, na alteração efetiva de certas práticas inoperantes.

A pesquisa descritiva, assim, pode assumir diversas formas, entre as quais destacam-se os estudos exploratórios, tipologia utilizada neste trabalho. A

Nacionais de Pesquisa em Enfermagem - SENPE e Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem - CEBEn, no período de 1986 à 1995, de modo a evidenciar as formas da enfermagem operacionalizar seu saber científico na prática, procurando estabelecer a sua natureza ou domínio. A escolha desse período deve-se à consolidação dos grandes marcos de referência teóricos da década de setenta e o início da aplicação dessas propostas, além de constituir-se na época da consolidação da abertura política no Brasil, sendo o período em que os profissionais de enfermagem começam a publicar seus trabalhos com mais ênfase e quando ocorrem maiores reflexões a respeito dos modelos assistenciais, bem como implantação de novos modelos. A escolha do período deve-se, também, por ter vivenciado o mesmo como profissional interessada nas questões emergentes da enfermagem.

3.1.2 – Fontes dos Dados e Amostra

Após fazer essa delimitação das fontes de dados e do período estudado, comecei a busca do material. Primeiro, fiz um levantamento do mesmo nas bibliotecas, com os professores, colegas, amigos e Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, seção regional de Florianópolis-SC.

Feito isso, muitas dificuldades foram se apresentando, tais como muita demora e necessidade de paciência para com os colegas e professores, no sentido de receber uma resposta sobre se tinham ou não os textos escolhidos e se concederiam o empréstimo, além da difícil localização dos endereços dos autores, alto custo financeiro para conseguir acesso aos materiais, dentre outras.

Esgotados esses recursos, dirigi-me à ABEn-Nacional, de onde obtive todos os textos não encontrados na fase anterior, de modo a constituir o '*corpus* de dados'. O mesmo ficou constituído em:

- REBEn - 366 trabalhos completos;
- CEBEn - 141 trabalhos completos;
- SENPE - 236 trabalhos completos;

esse universo está composto por um número relativamente alto de unidades e que será praticamente impossível, por razões de tempo e de custos e porque não é, na realidade, imprescindível, examinar cada uma das unidades que o compõem.

Diante do exposto, em vez de realizar esta fatigante tarefa, optei por extrair uma amostra desse universo, ou seja, uma porção do mesmo, que represente a conduta do universo total. O que se busca, ao empregar uma amostra, é evidentemente, estudando uma porção relativamente reduzida de unidades, obter conclusões semelhantes às que se encontraria ao se estudar o universo total, embora Sabino (1978: 82) saliente que “*devemos prever uma certa margem de erro em nossas proposições*”.

Após essas considerações segui uma série de passos para a escolha da amostra, baseados em Buergos e Chicarro *et al.* (1994: 162-164).

Dos cento e trinta e um trabalhos, se considerou, ‘*a priori*’ por conveniência (tendo em conta os custos e factibilidade de execução) estudar uma amostra de setenta trabalhos. Quando se trabalha com amostras, é necessário conforme descrito anteriormente, controlar a margem de erro da amostra. Para isso, existem duas possibilidades:

- 1- fixar previamente o erro aceitável e, a partir daí, calcular o tamanho da amostra;
- 2- determinar o tamanho da amostra por conveniência e estabelecer, então, os limites de confiança que, para o erro aceitável, implica em trabalhar com esse tamanho da amostra.

Optei por essa segunda variável. Em ambos os casos, é necessário assumir, além disso, em que proporção teoricamente se espera que o fenômeno estudado ocorra. Considerando que, nesta etapa, já teria em mãos uma classificação dos trabalhos discriminados em tecnologia e não tecnologia, em relação aos resumos do CEPEn, havia uma dificuldade a ser ultrapassada, ou seja, um considerável número de teses e dissertações foram consideradas propostas tecnológicas. Esta foi uma razão para que optasse em estabelecer uma amostra, cujos trabalhos seriam lidos integralmente. Os procedimentos,

Após esta etapa, e para verificar se esta amostra é representativa, ou seja, se ela reflete em suas unidades o que ocorre no universo, utilizei o cálculo do Qui-quadrado, obtendo os seguintes resultados em relação à representatividade da amostra, por ano de publicação, com um Qui-quadrado calculado de 2.85, e um Qui-quadrado tabelado de 3.84, ou seja χ^2 5%; 1 = 3.84, logo não há diferença entre as frequências esperadas e observadas.

ANOS	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	TOTAL
f_o	04	05	04	09	14	05	07	09	08	05	70
f_e	3.2	5.9	6.4	8.0	13.4	5.3	4.8	7.0	8.5	7.5	70

Para a representatividade dos trabalhos por instituição de origem, o Qui-quadrado calculado de 2.55, e um Qui-quadrado tabelado de 3.84, ou seja, χ^2 5%; 1 = 3.84, logo não há diferença entre frequências esperadas e observadas.

Trabalhos por Instituições de Origem		f_e	f_o	$\frac{(f_e - f_o)^2}{f_e}$
UFSC	38	20.3	21	0.024
EEUSP	38	20.3	15	1.384
EERP	24	12.8	14	0.1125
UERJ	07	3.7	05	0.457
UFRJ	14	7.0	09	0.571
Outras	10	5.9	0.6	0.0017

Em relação à representatividade, segundo o tipo de publicação, com um Qui-quadrado calculado de 0.1655, e um Qui-quadrado tabelado de 3.84, ou seja χ^2 5%; 1 = 3.84, logo não há diferença entre as frequências esperadas e observadas.

Tipos de Publicações	f_o	f_e	$\frac{(f_e - f_o)^2}{f_e}$
Dissertação de Mestrado	52	53.44	0.0388
Tese de Doutorado	14	12.82	0.1086
Tese de Livre Docência	04	3.74	0.0181

que não possa ser justificável no plano do rigor. Outra regra a ser observada é a da representatividade, utilizando-me de todo o material disponível e de uma amostragem rigorosa, descobrindo a distribuição dos caracteres dos elementos da mesma, acima descritas. A regra da homogeneidade também foi observada, conforme os critérios precisos de escolha descritos abaixo. Por último, foi obedecida a regra da pertinência, sendo os dados adequados, enquanto fonte de informação, de modo que correspondem ao objetivo que suscitará a análise.

Todos os trabalhos do CEBEn (141), REBEn (366), SENPE (236), CEPEn (131) foram catalogados através de uma ficha, onde constam as categorias e os componentes de análise (Anexo 2). Esta compunha-se de quatro indicadores.

3.1.3 – Critérios de Análise e Classificação

De posse de todo o material, procedi novamente a uma leitura, agora mais acurada, utilizando-me de critérios, como guia na decisão sobre se era ou não tecnologia, os quais passo a mencionar.

Como anteriormente definido, tecnologias são processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades (concepção, elaboração, planejamento, execução, operacionalização e manutenção) produzidas e controladas pelos seres humanos. Podem ser veiculadas como artefatos ou como saberes (conhecimentos), sistematizados e com controle de cada passo do processo. A tecnologia, portanto, serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la numa abordagem científica. Pela tecnologia também se apresenta uma proposição ou explicação de um modo de fazer.

Com base nessa concepção, foram considerados quatro momentos classificatórios.

Foram consideradas **tecnologias**, as propostas que estivessem dentro da concepção descrita acima, com destaque para:

- a) desenvolvimento de teorias e modelos para a prática;
- b) desenvolvimento de técnicas ou procedimentos para a intervenção;
- c) desenvolvimento de metodologias para orientar processos;
- d) desenvolvimento de artefatos; considerados todos os meios materiais criados ou adaptados para a utilização na melhoria da assistência de enfermagem.

3.1.3.2 – Segundo Momento Classificatório

O segundo momento classificatório constitui-se de avaliação dos textos, segundo a proposição de procedimentos de execução e controles de resultados e de processos.

a) Procedimentos e controles

a.1) Sugestões de procedimentos e etapas - nesse item foram anotados os procedimentos e etapas apresentados no trabalho, ou seja, se continha sugestões com explicação, sem explicação, se os passos podiam ser inferidos no texto ou se não os apresentava. Uma tecnologia necessariamente sistematiza e organiza a atividade para a qual foi prevista, ou seja, qualquer produto tecnológico apresenta ao consumidor uma espécie de manual de instruções para o seu uso adequado. Assim, as sugestões de procedimentos revelam a sistematicidade do próprio conhecimento que sustenta a tecnologia, do mesmo modo como fornece instrumentos de avaliação de sua efetividade, quando manipulado por qualquer usuário. Cabe destacar que, a partir desse item, somente foram avaliadas as proposições tecnológicas, perfazendo um total de cento e doze trabalhos.

Embora mantendo a explicação de Foucault para o conteúdo de 'Tecnologias de poder', a aceção aceita neste trabalho é a idéia de Arendt (1993: 212), para quem o poder é estratégia da localização do espaço dos indivíduos, sendo expressão da autoridade que incorporam em relação a certas áreas das relações sociais e culturais. Para ela,

é o poder que mantém a existência da esfera pública, o espaço potencial da aparência entre os homens que agem e falam, [...] o poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam onde as palavras são utilizadas para revelar realidades, e os atos para criar relações e novas realidades.

Foucault, em seu conceito, não designa sua própria concepção, no sentido de admitir que o poder se perpetua em relações assimétricas, com determinação não ética de decisões sobre a vida social. Assim, entendo ser possível utilizar as tecnologias de poder no sentido que desejo emprestar, ou seja, associadas às idéias de Arendt.

3.1.3.4 – Quarto Momento Classificatório

a) Classificação das tecnologias Específicas de Enfermagem

Como quarto momento, o quadro de referência classificatório a seguir descrito, como parte do estudo, permitiu a explicitação das características gerais desse saber na enfermagem, inicialmente composta por seis categorias gerais que, de acordo com a necessidade (explicada no capítulo seguinte) foi desenvolvida, ficando, ao final, como segue:

a.1) tecnologias do cuidado - são todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado;

corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto.

Esta codificação, compreendeu três escolhas:

- a) o **recorte**: escolha das unidades de registro, ou seja, a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. A unidade de registro mais utilizada foi o tema, que consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, significou alguma coisa para o objetivo analítico escolhido;
- b) a **enumeração**: diz-se do modo de contagem de como foram surgindo e sendo ordenados os discursos nos textos;
- c) a **classificação e agregação**: escolha das categorias, que consistiu em uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, em seguida, por reagrupamentos, segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são, portanto, rubricas ou classes, as quais reuniram um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

A seguir, são descritos os passos realizados para atingir as escolhas acima.

3.2.1 – Determinação dos Extratos de Discursos Enunciados nos Artigos, Dissertações e Teses lidos, de acordo com os Componentes da Tecnologia Emancipatória apresentados no ‘Quadro Conceitual Proposto’ e desenvolvido conforme os critérios anteriormente estabelecidos

- Classificação do potencial emancipatório das tecnologias de Enfermagem

Realizados os quatro processos classificatórios, o procedimento a seguir teve como objetivo indicar o potencial emancipatório do saber da enfermagem, com base nos conceitos enunciados na proposição conceitual sobre tecnologia emancipatória. Para deixar claro o desenvolvimento desta etapa, retorno às figuras representativas que os contém.

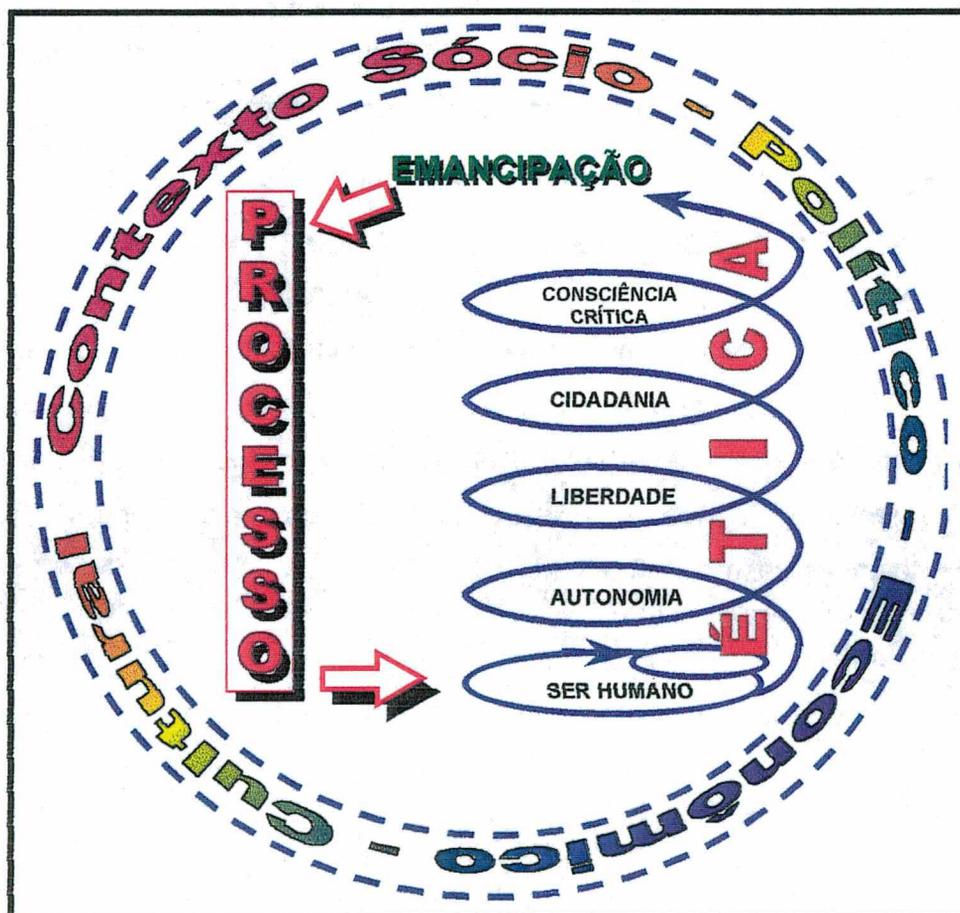


Figura 1 - Representação esquemática da concepção de emancipação

Cada artigo ou pesquisa foi analisado para identificar a presença ou ausência de indícios de exercício de autonomia, exercício de liberdade, exercício de cidadania e exercício de consciência crítica, nos termos em que são concebidos como componentes emancipatórios. Foram, então, selecionados, nas leituras, os elementos do discurso emitido que correspondessem a esses conceitos, de modo a evidenciar as tendências do saber quanto aos mesmos, pelo recorte de registros que enunciassem tais elementos.

Quando, porventura, havia dúvida entre ser ou não tecnologia emancipatória, bem como em classificar os discursos nos respectivos componentes emancipatórios, procedia, também, para que houvesse a participação de outro avaliador (orientadora). Só então, após discussão, reflexão e consenso é que realizei a classificação definitiva.

Após identificadas as unidades de registro que emitiam componentes emancipatórios, foram surgindo elementos que ajudaram em uma maior explicitação dos mesmos, que ora passo a mencionar.

▪ PRIMEIRA VERSÃO DOS ELEMENTOS EMANCIPATÓRIOS

Cada discurso emitido no texto analisado era agrupado, conforme cada componente emancipatório. No decorrer do mesmo, encontrei elementos, que foram permitindo uma maior elucidação e complementaridade dos mesmos, e que permitiram a construção desta listagem. Cada elemento foi agregado a seu componente emancipatório e dado a ele um código, conforme legenda a seguir.

✓ CONSCIÊNCIA CRÍTICA

CC - integralidade/ na perspectiva da não fragmentação;	CC - consciência histórico- política;
CC - intervenção transformadora;	CC - instrumentalização para a ação (capacidades/ habilidades/ conhecimentos);
CC - responsabilidade;	CC - desejo de transformação.

✓ **CIDADANIA**

C - auto-realização;	C - relações éticas;
C - segurança preservada;	C - solidariedade;
C - equanimidade;	C - exercício dos direitos
C - bem comum;	C - reciprocidade;
C - participação;	C - luta coletiva.

✓ **LIBERDADE**

L - escolha de alternativas;	L - ação contra-hegemônica;
L - não limitação subjetiva considerando o limite coletivo;	L- vivência estética;
L - vivência cultural;	

✓ **AUTONOMIA**

A - desenvolvimento de capacidades;	A - auto-organização;
A - autoridade (no sentido de autor não expectador);	A - autodeterminação.
A - criatividade;	

LEGENDA:

CC - Consciência crítica

C - Cidadania

L- Liberdade

A - Autonomia

No entanto, após contato com os textos referentes à produção científica que fizeram parte do estudo, verifiquei que outros elementos se apresentavam, de modo que o agrupamento anterior recebeu modificações, incluindo a orientação sobre a possibilidade emancipatória em relação ao profissional e à clientela, como apresentadas a seguir.

▪ ELEMENTOS EMANCIPATÓRIOS - segunda versão

Nesta versão foi aperfeiçoada a listagem, acrescentando para cada componente emancipatório os elementos que se referiam à emancipação do profissional e também da clientela, utilizando-me da mesma legenda anterior para a sua classificação.

✓ EXERCÍCIO DA CONSCIÊNCIA CRÍTICA

Emancipação Profissional	Emancipação da clientela (indivíduo, família e comunidade)
CC1 - integralidade (não fragmentação)	CC1 - integralidade (não fragmentação)
CC2 - intervenção transformadora	CC2 - intervenção transformadora
CC3 - responsabilidade	CC3 - responsabilidade
CC4 - histórico-política - ecológica ³	CC4 - histórico-política - ecológica
CC5 - instrumentalização para ação	CC5 - instrumentalização para ação
CC6 - desejo de transformação	CC6 - desejo de transformação
CC7 - consciência profissional	CC7 - não se aplica

✓ EXERCÍCIO DE CIDADANIA

Emancipação Profissional	Emancipação da clientela (indivíduo, família e comunidade)
C1 - auto-realização	C1 - auto-realização
C2 - segurança preservada	C2 - segurança preservada
C3 - equânimidade	C3 - equânimidade
C4 - bem comum	C4 - bem comum
C5 - participação	C5 - participação
C6 - relações éticas	C6 - relações éticas
C7 - solidariedade	C7 - solidariedade
C8 - exercício dos direitos	C8 - exercício dos direitos
C9 - reciprocidade	C9 - reciprocidade
C10 - luta coletiva	C10 - luta coletiva
C11 - reabilitação para a vida social	C11 - reabilitação para a vida social
C12 - conforto e cuidado	C12 - conforto e cuidado

³ Quando negrito, foi acrescentado o conceito para completar a listagem, a partir dos achados nas fontes.

✓ EXERCÍCIO DE LIBERDADE

Emancipação Profissional	Emancipação da clientela (indivíduo, família e comunidade)
L1- escolha de alternativas	L1- escolha de alternativas
L2- vivência estética	L2- vivência estética
L3- ação contra-hegemônica	L3- ação contra-hegemônica
L4- limite/possibilidade	L4- limite/possibilidade
L5- independência	L5- independência

✓ EXERCÍCIO DA AUTONOMIA

Emancipação Profissional	Emancipação da clientela (indivíduo, família e comunidade)
A1 - desenvolvimento de capacidades	A1 - desenvolvimento de capacidades
A2 - autoridade (ser sujeito)	A2 - autoridade (ser sujeito)
A3 - criatividade	A3 - criatividade
A4 - auto-organização	A4 - auto-organização
A5 - autodeterminação	A5 - autodeterminação
A6 - decisão sobre assistência de enfermagem	A6 - não se aplica

Como podemos observar, na segunda versão dos elementos emancipatórios, no que tange ao exercício da consciência crítica, foi acrescido o elemento emancipatório ao profissional, a **consciência profissional** e este não se aplica à clientela. No exercício da cidadania foram acrescidos os elementos emancipatórios, **reabilitação para a vida social e o conforto e cuidado** tanto para o profissional quanto para à clientela. No exercício da liberdade, senti necessidade de acrescentar o elemento **independência** e no exercício de autonomia no que se refere ao profissional, a **decisão sobre a assistência de enfermagem** e que não se aplica à clientela.

No decorrer da classificação dos elementos dos discursos emitidos no corpo de dados, foram sendo associados alguns conceitos complementares, com o objetivo de uma maior elucidação de alguns elementos emancipatórios.

Isso ocorreu de forma que certos elementos foram sendo acrescentados de conceitos adicionais, que o explicavam ou complementavam, como segue:

CC2	- <u>intervenção transformadora</u>	- interdisciplinaridade
CC3	- <u>responsabilidade para ação</u>	- compromisso
CC5	- <u>instrumentalização</u>	- facilitação, conhecimento, orientação
CC7	- <u>consciência profissional</u>	- postura e competência
C3	- <u>equânimidade</u>	- horizontalidade, individualidade, unicidade, imparcialidade, autenticidade
C5	- <u>participação</u>	- integração, interesse, relações de comunicação
C6	- <u>relações éticas</u>	- direito à orientação e educação
C7	- <u>solidariedade</u>	- relação de ajuda, colaboração, confiança, compartilhar
C8	- <u>exercício dos direitos</u>	- humanização da assistência
C9	- <u>reciprocidade</u>	- empatia
C11	- <u>luta coletiva</u>	- construção coletiva, interação
C13	- <u>conforto e cuidado</u>	- melhoria da assistência
L1	- <u>escolha de alternativas</u>	- opção, aceitação, ação
L2	- <u>vivência cultural</u>	- conhecimento/ meio ambiente
L3	- <u>vivência estética</u>	- manifestação dos sentimentos
L6	- <u>independência</u>	- potencialidades
A1	- <u>desenvolvimento de capacidades</u>	- domínio, auto-capacitação
A3	- <u>criatividade</u>	- intuição, sensibilidade, estilo próprio de cuidar
A5	- <u>autodeterminação</u>	- conhecer, tomada de decisão

3.2.2 – Organização dos Registros por Semelhanças no Discurso, de forma a constituir os Elementos Associados a cada componente de Tecnologia Emancipatória com elaboração de Quadros e Figuras representativas do Material Empírico

Para os discursos emitidos, foi realizada uma classificação das tecnologias de acordo com os seguintes critérios:

- a) **potencial emancipatório pleno**: quando na tecnologia foram evidenciados os quatro componentes emancipatórios, ou seja, exercício da consciência crítica (CC), exercício da cidadania (C), exercício de liberdade (L) e exercício de autonomia (A), ao mesmo tempo, tanto para o profissional como para a clientela;
- b) **potencial emancipatório mediano**: quando na tecnologia analisada foram encontrados no mínimo, três componentes emancipatórios, tanto para o profissional quanto para a clientela, concomitantemente.
- c) **potencial emancipatório mínimo**: quando na tecnologia analisada foram encontrados menos de três elementos emancipatórios trabalhados, para o profissional e clientela.
- d) **potencial emancipatório restrito ao profissional**: quando da análise da tecnologia foram encontrados dados que evidenciassem os componentes emancipatórios trabalhados somente em relação ao profissional;
- e) **potencial emancipatório restrito à clientela**: quando da análise da tecnologia foram encontrados dados que evidenciassem componentes emancipatórios trabalhados em relação à clientela exclusivamente;
- f) **potencial emancipatório não evidenciado**: quando da análise da tecnologia não foram encontrados dados que evidenciassem componentes emancipatórios.

Após classificados e distribuídos os registros, conforme os componentes emancipatórios, foi realizada a contagem para ver a frequência em que ocorriam os mesmos, com o objetivo de evidenciar tendências mais fortes ou mais fracas nas categorias classificatórias.

3. 3 – O TRATAMENTO DOS RESULTADOS, A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO

Foi utilizada a análise qualitativa para a avaliação dos dados encontrados nos discursos das proposições tecnológicas, ou seja, um procedimento mais intuitivo e também mais maleável e adaptável, a índices não previstos, recorrendo, portanto, a indicadores não freqüenciais e que são susceptíveis de permitir inferências.

Bardin (1977: 115) descreve que *“a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação”*. O que caracteriza este tipo de análise *“é o fato de a ‘inferência’, sempre que realizada, ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc.), e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual”*.

A inferência consistiu no procedimento intermediário entre a descrição e interpretação dos dados e veio permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra. A inferência, segundo Bardin (1977: 39), é a *“operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”*.

A interpretação dos resultados foi a última etapa realizada. Interpretar, conforme Severino (1991: 52) é

tomar uma posição própria a respeito das idéias enunciadas, é superar a restrita e estrita mensagem do texto, é ler as entrelinhas, é forçar o autor a um diálogo, é explorar toda a fecundidade das idéias expostas, é cotejá-las com outras.

Todos esses passos foram feitos de forma conjunta e inter-relacionadas.

3.3.1 – Descrição, Análise, Inferência e Interpretação dos Resultados com base no Referencial Teórico, na Literatura e no Quadro Referencial Proposto

Esta fase do caminho metodológico constituir-se-á da análise e interpretação propriamente dita dos dados empíricos, pela construção de redes inferenciais que produzam uma inter-relação entre os mesmos e o quadro referencial proposto, rerepresentado a seguir, além da fundamentação constituída pela revisão de literatura.

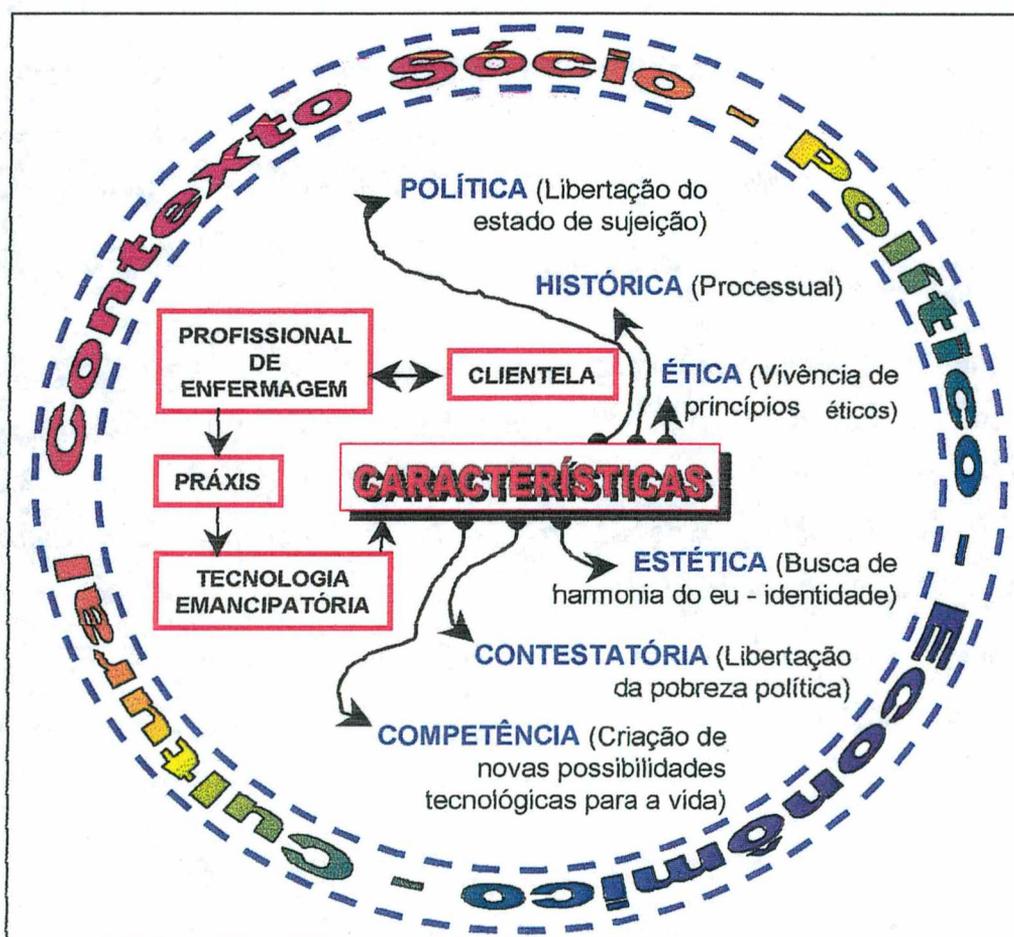


Figura 2 - Representação esquemática das características da tecnologia emancipatória

Assim, ocorreu a análise e a reflexão para considerar as características do saber de enfermagem enquanto tecnologia emancipatória, tendo como categorias de análise as possibilidades:

- a) histórica – processual;
- b) política - libertação do estado de sujeição;
- c) estética- busca da harmonia do eu, retomando a vida como fonte de alegria, criatividade e prazer;
- d) ética - vivência dos princípios morais;
- e) contestatória - libertação da pobreza política;
- f) competência - buscando novas possibilidades tecnológicas para a vida.

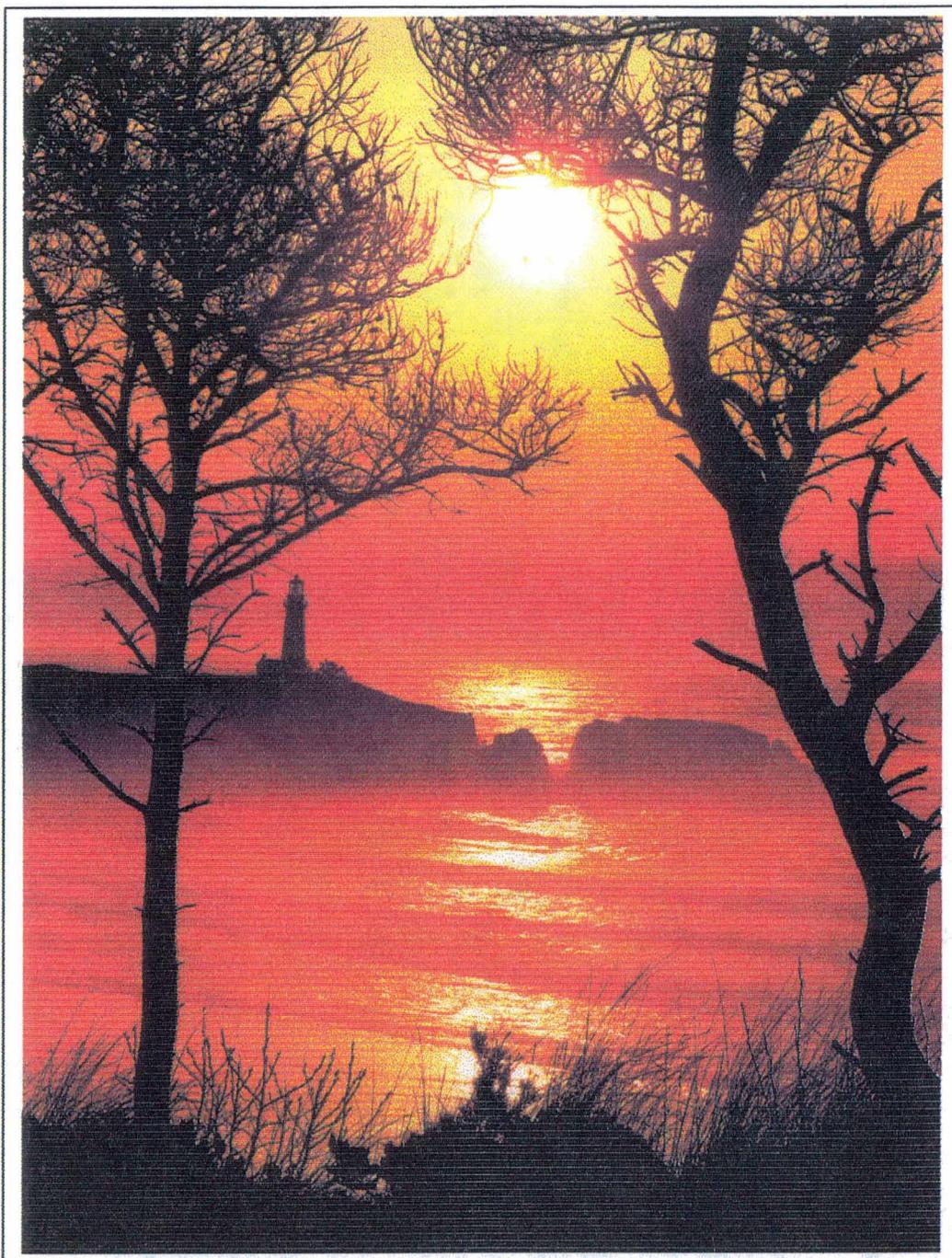
Quanto mais o discurso se aproximar dessas características maior o potencial emancipatório do saber como tecnologia.

As diversas dimensões apresentadas como características da tecnologia emancipatória pretendem fornecer uma direção à análise, tendo como premissa que a práxis profissional de enfermagem somente se constituirá em processo de transformação pela produção e aplicação de tecnologias que permitam práticas emancipatórias.

O interesse em explorar o material empírico através de um caminho metodológico complexo e extenso não foi proposital, de início. No entanto, a tese apresentada e os objetivos propostos impuseram a busca interpretativa no modo apresentado.

Assim, foi necessário buscar referências nos discursos contidos no saber da enfermagem, enquanto tecnologia e até que ponto essas redes se interpõem entre o profissional e a clientela no estabelecimento de relações, para se tornar um jogo de manipulação ou de emancipação. Detectar até que ponto o saber é utilizado no sentido não só de efetividade, enquanto técnica para manipulação do corpo, mas no sentido de propiciar aos indivíduos envolvidos no processo um maior conhecimento sobre si mesmo e sobre suas

possibilidades vitais, maior reflexão sobre sua condição de cidadão, do seu estado de saúde e suas possibilidades prognósticas, permitir um planejamento de um programa de saúde (ou de trabalho) para a sua vida, entre outros, tornando-os sujeitos do seu processo existencial, numa perspectiva ética de despertar a consciência crítica, liberdade, autonomia, através da construção de proposições tecnológicas com possibilidades e características emancipatórias, buscando maior qualidade de vida e de auto-realização.



4 - CAMINHO DA DESCRIÇÃO, ANÁLISE E INFERÊNCIA DOS DADOS

*© momento da dúvida tem como função
levantar os questionamentos que renovarão os
caminhos a seguir
(Cavalcanti, s.d.).*

Este caminho percorrido foi longo e importante e no seu trajeto ocorreu o desvelamento dos dados, através da descrição, análise e inferência.

Como mencionado anteriormente, no capítulo do Caminho Metodológico, os dados coletados, foram realizados utilizando-me dos Anais do CEBEn dos anos de 1987, 1989, 1990, 1991, 1993, 1994 e 1995. Os Anais de 1986, 1988 e 1992 não foram editados, conforme informações da ABEn - Nacional. Desta fonte, portanto, foram lidos cento e quarenta e um trabalhos, no total.

Os Anais do SENPE foram analisados todos os do período proposto, ou seja, os de 1988, 1991, 1994 e 1995. Cabe ressaltar que o SENPE é programado para ocorrer de dois em dois anos, mas como se pode observar, pelas datas dos Anais, houve irregularidades. Foram lidos duzentos e trinta e seis trabalhos obtidos nesta fonte de dados.

As revistas REBEn foram todas conseguidas, perfazendo um total de 366 trabalhos lidos.

As informações (resumos) sobre pesquisas e pesquisadores em Enfermagem do CEPEn também foram todas conseguidas. Primeiramente, foram lidos setecentos e noventa resumos, entre dissertações de mestrado, teses de doutorado e teses de livre docência, para selecionar quais apresentavam características que pudessem ser indicadores para que fossem classificadas como tecnologias.

Conforme descrito e justificado na metodologia, foram aleatoriamente selecionados e avaliados setenta trabalhos, perfazendo um total de cinquenta e duas dissertações de mestrado, quatorze teses de doutorado e quatro teses de livre docência.

Portanto, de posse de todo o material, procedi à leitura, utilizando-me de critérios pré-definidos como guia na decisão, sobre se era ou não tecnologia, os quais passo a mencionar.

4.1 – ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO

De acordo com os critérios classificatórios descritos no Capítulo 3, após a identificação por título, autor e parâmetros apontados, os textos foram enumerados em seqüência, de acordo com a origem da publicação, para se ter catalogados todos os trabalhos considerados como fontes de dados (Anexo 3).

4.1.1 – Primeiro Momento Classificatório: identificação e tipo de texto

O primeiro passo, após uma leitura minuciosa, foi identificar se no trabalho analisado, seu conteúdo, de acordo com os critérios adotados, poderia ser caracterizado como tecnologia ou não tecnologia, tendo-se ao final o seguinte quadro demonstrativo.

QUADRO 4 - Demonstração do número de Tecnologias e Não Tecnologias nas fontes consultadas

FONTE	NÚMERO DE TECNOLOGIAS	NÚMERO DE NÃO TECNOLOGIAS	NÚMERO PRESUMÍVEL DE TECNOLOGIAS	TRABALHOS LIDOS
CEBEn ⁴	0	141	-	141
REBEn	52	314	-	366
SENPE	06	230	-	236
CEPEEn	54	675	61	790
TOTAL				1533

Dentre este conjunto representativo da produção científica na enfermagem, no período entre 1986 e 1995, de um total inicial de mil quinhentos e trinta e três trabalhos catalogados, trezentos e sessenta e seis textos da REBEn foram avaliados, sendo cinquenta e dois tecnologias e trezentos e quatorze não tecnologias. Nos Anais do SENPE, foram catalogados duzentos e trinta e seis trabalhos, dos quais seis como tecnologias e duzentos e

⁴ A partir deste quadro não serão mais incluídas informações sobre os artigos referentes ao CEBEn (Congresso Brasileiro de Enfermagem), por não terem sido encontradas proposições de tecnologias.

trinta não tecnologias. Nos Anais do CEBEn, foram lidos cento e quarenta e um trabalhos, sendo que os mesmos não apresentaram nenhum indício de tecnologia. Nos catálogos do CEPEn, inicialmente, foram lidos setecentos e noventa resumos, o que resultou em cento e trinta e um prováveis tecnologias, chegando, ao final, a cinquenta e quatro tecnologias, dezesseis não tecnologias e sessenta e um presumivelmente como tecnologias. Esta distribuição pode ser observada no QUADRO 4, resultando que, do total, mil trezentos e sessenta trabalhos foram classificados como não tecnologias, cento e doze como tecnologias e sessenta e um como presumivelmente tecnologias, ou seja, tendo sido preliminarmente considerados tecnologias, foram eliminados do conjunto da amostra, de acordo com os procedimentos estatísticos utilizados para sua composição, não tendo sido descartada a possibilidade de serem efetivamente proposições tecnológicas.

Diante dos dados apresentados no QUADRO 4, muitas interrogações começam a emergir. Dentre elas, destaco: por que um número tão elevado de proposições não tecnológicas? O que isso significa para a profissão de enfermagem? Com que características o saber da enfermagem vem sendo produzido e buscado?

Tentando elucidar as mesmas, pude observar, no decorrer das leituras dos trabalhos científicos avaliados, no período de 1986 a 1995, que se caracterizam como reflexivos, descritivos, diagnósticos ou exploratórios, apresentando poucas evidências de transposição e transformação desse saber produzido em processos ou produtos que possam ser considerados tecnologias. Entende-se esse saber conforme Pires (1989: 14 e 15),

como parte dos meios de trabalho, isto é, como parte do instrumental que os profissionais de saúde utilizam para atuar sobre o seu objeto de trabalho. [A autora ainda comenta que o] saber de saúde será apreendido pela análise dos conhecimentos que subsidiam as ações práticas de saúde, e o saber de cada profissão será apreendido pela caracterização dos conhecimentos que subsidiam as atividades especializadas, típicas de cada uma destas profissões.

Como será que estas caracterizações acontecem no saber de Enfermagem? Retornando ao passado, podemos dizer que a Enfermagem, enquanto trabalho, foi extremamente prático e pouco dada à reflexão, e que sua práxis foi constituída em torno de um conhecimento não específico da enfermagem e, sim, do saber de outras disciplinas. Portanto, a grande maioria do conteúdo tecnológico aplicado em seu trabalho, na verdade, é originário das ciências básicas, como a Química, Física, Biologia, Matemática, dentre outras.

Cabe destacar que, para se tornar efetivamente uma profissão, um dos elementos constituintes necessário é a construção de um '*corpus* tecnológico específico', ou seja, um conjunto de conhecimentos transposto em tecnologias. Os processos que dirigem o trabalho, sejam eles teorias, técnicas/procedimentos, metodologias ou artefatos (QUADRO 5), para se efetivarem como esse '*corpus* tecnológico específico da enfermagem', precisariam ser, também, originários de um saber específico da enfermagem. Detecto, então, que a dificuldade que se apresenta é que, na medida em que a enfermagem era caracterizada como um trabalho eminentemente prático, pouco reflexivo, foram necessárias algumas décadas para construir-se um corpo de conhecimentos com as caracterizações acima apontadas.

Portanto, foi e é necessário, primeiramente, a reflexão sobre o processo de trabalho na enfermagem, no sentido de compreendê-lo, avaliar o seu domínio e natureza, para depois, provavelmente, passar para um momento em que essas questões vão sendo transferidas para a prática. Em relação a que domínio e natureza de trabalho me refiro, trago as reflexões que Leopardi (1998: 4) vem fazendo em relação a esta temática, que é complexa e que exige ainda um maior aprofundamento. Para a autora,

a natureza da Enfermagem constitui-se pela possibilidade de legitimação social do cuidado como ação terapêutica profissional, cujo conteúdo abarca ciência, filosofia, arte e interação. A identidade da Enfermagem se expressa no modo específico e qualificado da ação profissional de cuidar os seres humanos, ou seja, pela busca contínua de preservação ou desenvolvimento de sua integridade, liberdade, expressividade e emancipação, considerando suas potencialidades e circunstâncias de seu processo de

viver. O domínio de enfermagem abrange a área de atuação profissional, constituída pelos elementos do processo terapêutico do cuidado dos seres humanos, no qual estão implicadas as dimensões da vida social, afetiva, psicológica, biológica e espiritual, as quais direcionam o sentido de bem-estar individual e coletivo. Os profissionais de enfermagem executam um trabalho, cuja finalidade corresponde ao desejo de manutenção da saúde e das habilidades requeridas pelas pessoas, para sentirem bem-estar e poderem exercer atividades produtivas e expressivas, as quais tenham significado subjetivo e possam assegurar sua sobrevivência.

Os profissionais de enfermagem, portanto, ao construírem tecnologias, precisam ter presente em suas mentes e em suas ações esta noção do domínio e natureza que caracterizam a profissão.

Pude observar, neste estudo, espelhando nos dados obtidos, que houve um momento muito empírico (prático) na enfermagem, um outro muito reflexivo, e que ora estamos em fase de transição, pois detectei a apresentação de algumas proposições tecnológicas, mesmo que não com a intensidade com que se dá em outras áreas (engenharia, medicina, informática, física, etc.), mais definidas socialmente.

Acredito que a enfermagem, hoje, está buscando uma caracterização para sua práxis, orientada por uma reflexão sobre o domínio e natureza do seu trabalho, respaldada, também, por um conjunto filosófico e teórico e pela construção de um 'corpus tecnológico específico', naturalmente sem negar a continuidade de apreender e reproduzir o conhecimento mais amplo existente.

Cabe, também, destacar que, recentemente, nos últimos vinte anos, aqui no Brasil, os profissionais de enfermagem vêm intensificando a produção de pesquisas. Primeiramente, numa abordagem mais quantitativa, com aspectos mais descritivos, reflexivos, diagnósticos e exploratórios para, inicialmente, conhecer a realidade. Penso em uma tendência, na qual, em pesquisas futuras, pode-se transpor o conhecimento para a produção de tecnologias específicas para a sua práxis. Com isso, talvez, os profissionais de enfermagem, em breve, possam reverter a situação apresentada pelos

resultados do QUADRO 4. Para reforçar esta transformação, trago as palavras de Vieira (1990: 1), quando afirma que:

a enfermagem moderna, gradativamente, vai assumindo sua identidade profissional e, no seu processo de maturação, projeta-se a novos horizontes, rumo à ciência. Mergulhada nos fenômenos da área específica, procura sentir as sutilezas de sua experiência, tendo assim, maiores probabilidades de descobrir novos conhecimentos.

À luz dos dados encontrados, vale lembrar que a evolução da ciência, nos diversos campos do conhecimento, tem demonstrado que, no início, são raros os pesquisadores que produzem saberes novos e que, posteriormente, vão se tornando muitos. Acredito que a enfermagem está caminhando neste sentido.

Teorias se constituem, sem dúvida, na sustentação do 'corpus tecnológico' de uma disciplina. No caso da enfermagem, não há, propriamente, a produção de teorias sobre a enfermagem, mas encontramos conjuntos sistematizados de conceitos e proposições para a prática profissional, os quais somente podem ser operacionalizados em metodologias específicas, de como proceder a assistência. Conforme Leopardi (1998: 670), o saber produzido,

não tem sido teorias de enfermagem, aliás termo inapropriado, mas teorias para a prática de enfermagem, ou teorias em enfermagem. Para uma constituição da enfermagem como profissão, são necessários estudos para a construção de teorias de enfermagem, ou seja, a definição do objeto construído - cuidado -, das categorias profissionais básicas, a pretensão finalística do trabalho, os instrumentos de intervenção próprios e a comparação crítica dos resultados.

Fazendo uma leitura dos dados apresentados no QUADRO 5, do total de cento e doze trabalhos, de acordo com suas características, não foi encontrado nenhum texto com propostas de desenvolvimento de teorias,

cinquenta apresentaram desenvolvimento de técnicas e procedimentos, quarenta e nove desenvolvimento de metodologias específicas e treze trabalhos expressaram a construção de artefatos.

É necessário esclarecer que, quando proponho uma categoria classificatória exclusiva para o desenvolvimento de teorias de enfermagem, não quero introduzir a idéia da ausência de teorização em relação às demais formas de aparecimento de tecnologias. A tipificação apresentada tem por objetivo estabelecer diferenças mais propriamente relacionadas com as características operacionais das proposições.

QUADRO 5 - Demonstração dos Tipos de Textos

FONTE	TIPOS DE TEXTOS				TOTAL
	DESENVOLVIMENTO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM OU PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	DESENVOLVIMENTO DE TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS	DESENVOLVIMENTO DE METODOLOGIAS ESPECÍFICAS	ARTEFATOS	
REBEn	0	30	11	11	52
SENPE	0	03	02	01	06
CEPEn	0	17	36	01	64
TOTAL	0	50	49	13	112

4.1.2 – Segundo Momento Classificatório: procedimentos e controles

Este momento classificatório foi importante, pois permitiu a apresentação dos procedimentos e etapas e tipos de controles sugeridos nas proposições tecnológicas, com isso proporcionando ao público uma orientação sobre a utilização dessas tecnologias, para que possam ser socializadas pela utilização, ou seja, reproduzidas. Por sua vez, o controle sobre o resultado da mesma é uma forma de decidir, através do uso dessa tecnologia, se ela será adequada ao trabalho preconizado, ou não, podendo assim, ser aceita, ampliada e aperfeiçoada, ou ser refutada.

Para reforçar a importância da apresentação dos procedimentos e etapas e controles numa proposição tecnológica, trago as palavras de Granger (1994: 47), segundo o qual

um saber acerca da experiência só é científico se contiver indicações sobre a maneira como foi obtido, suficientes para que as suas condições possam ser reproduzidas. Assim, o conhecimento científico é necessariamente público, ou seja, exposto ao controle competente de quem quer que seja.

Baseada nestas considerações e nos resultados demonstrados no QUADRO 6, observei que houve uma preocupação dos autores das proposições tecnológicas de explicitar as sugestões dos procedimentos e etapas utilizadas. Suponho que isso tenha ocorrido, não por uma decisão orientada por uma consciência de que estivessem apresentando uma proposição tecnológica, mas orientada, talvez, por uma preocupação em demonstrar de uma forma mais operacional as suas propostas. Das cento e doze tecnologias, oitenta e oito apresentaram explicação com as sugestões de procedimentos e etapas; em onze trabalhos, as proposições estão inferidas nos textos e, em doze, não há inclusão de explicação quanto a procedimentos de execução. Um deles não apresenta nenhuma explicitação sobre isto.

Cabe ressaltar que a maioria desses trabalhos não menciona ou explicita que estão apresentando uma tecnologia. Acredito que a explicação do processo foi mais uma organização do próprio autor, de sua maturidade, associada ao fato de que, quando alguém apresenta uma forma de operar, já se constitui em procedimentos. Foi algo mais inferencial do que um processo pré-determinado, ou seja, 'vou produzir uma tecnologia', portanto, 'tenho que possuir uma seqüência de passos e características' ou em processo técnico dela decorrente.

QUADRO 6 - Demonstração de Procedimentos e Etapas

FONTE	SUGESTÕES DE PROCEDIMENTOS E ETAPAS			
	COM EXPLICAÇÃO	SEM EXPLICAÇÃO	INFERIDO NO TEXTO	NÃO APRESENTA
REBE _n	36	08	07	01
SENPE	05	01	0	0
CEPE _n	47	03	04	0
TOTAL	88	12	11	01

Em relação ao tipo de controle sugerido sobre a atividade, demonstrado no QUADRO 7, observo que das cento e doze proposições tecnológicas, treze não apresentaram nenhum tipo de controle. E dos que o explicitaram, trinta e quatro foram do tipo de avaliação final, quarenta e quatro de avaliação por etapa e vinte e uma validação intersubjetiva. Mesmo não apresentando um tipo de controle, considereei esses treze trabalhos como tecnologias, porque em seu conteúdo, fornecem um saber que redundava numa intervenção sobre a realidade, através de instrumento apropriado.

O maior número de proposições tecnológicas que não expuseram o tipo de controle sobre as atividades foram aquelas publicadas na Revista Brasileira de Enfermagem - REBE_n, onde, provavelmente, o autor, devido ao número limitado de laudas exigido para publicação, não considerou importante ou oportuno apresentar o mesmo.

QUADRO 7 - Tipo de Controle sugerido sobre a Atividade

FONTE	TIPO DE CONTROLE SUGERIDO			
	AVALIAÇÃO FINAL	AVALIAÇÃO POR ETAPA	VALIDAÇÃO INTERSUBJETIVA	NÃO APRESENTA
REBE _n	25	12	07	08
SENPE	01	02	02	01
CEPE _n	08	30	12	04
TOTAL	34	44	21	13

Cabe destacar aos profissionais que estejam produzindo tecnologias, que se dêem conta da necessidade e importância de explicitar as etapas, procedimentos e controles utilizados no seu desenvolvimento.

4.1.3 – Terceiro Momento Classificatório: classificação de Foucault

As tecnologias de enfermagem foram classificadas, conforme Foucault, cujo referencial teórico e metodologia são aqui lembradas. O autor descreve a relação entre a tecnologia e a formação do eu, pela apresentação de matrizes da razão prática, durante o próprio processo de transformação de indivíduos em sujeitos, objeto do meu estudo, que focaliza a questão emancipatória relacionada ao uso de conhecimento disponível, quando transformado em tecnologia. Para Foucault, cada forma com que se apresenta a tecnologia indica características próprias, segundo as quais foram escolhidos alguns trabalhos que as ilustram e que serão descritos a seguir, como resumos do texto completo. Estes são representativos do conjunto dos dados do QUADRO 8, ou seja, para incluir um trabalho em uma ou outra categoria, analisei o texto como um todo.

4.1.3.1 – Tecnologias de Produção

O autor diz que “*são aquelas que nos permitem produzir ou manipular coisas*” (1990: 48). Para ilustrar esta categoria, considere o trabalho “Tratamento das escaras de decúbito com própolis”, de Azevedo *et al.* (1986).

As autoras⁵, avaliam o uso do própolis concentrada a 3% em tratamento das escaras. O trabalho consiste em:

⁵ Este texto é um resumo dos trabalhos originais, sem citações diretas e sem avaliação do conteúdo. A opção pelo destaque na formatação foi no sentido de chamar a atenção sobre a obra apresentada em relação ao conteúdo da Tese.

a) preparar as escaras de decúbito para que, em tempo mais reduzido, sejam feitas as correções cirúrgicas e/ou curá-las em definitivo;

b) avaliar o poder bactericida e bacteriostático do própolis.

Para o estudo, foram constituídos três sub-grupos, considerando a faixa etária, o número de escara e sua distribuição no paciente.

Primeiro grupo - entre 13 a 45 anos, que apresentavam escaras pareadas (localizavam-se em partes pares do corpo, isto é, no ombro direito e esquerdo, no calcâneo direito e esquerdo), considerados os seus próprios controles.

Segundo grupo - a partir de 46 anos, apresentando escaras em membros pareados, adquiridas nos hospitais ou em domicílio, na maioria infectadas.

Terceiro grupo - todas as faixas etárias, que tinham escaras isoladas, que apresentavam tecido necrótico, com muita secreção.

Esta proposição tecnológica consiste de cinco etapas. Na primeira, feita semanalmente, identifica-se o paciente portador de escaras, que tenha, pelo menos, prognóstico clínico regular.

Na segunda etapa, o paciente é examinado pela enfermeira, para determinar sua inclusão em um dos três grupos e para avaliar as escaras nele encontradas.

A terceira etapa, diz respeito ao início do tratamento propriamente dito. No primeiro e segundo grupos, a enfermeira faz uma avaliação das escaras pareadas, identificando as de pior aspecto e aquelas em melhores condições de recuperação. As escaras que mostravam pior aspecto eram elegidas para receber o tratamento com própolis e as demais tratadas com os métodos padronizados do hospital. As primeiras constituíram grupo experimental e as demais o grupo controle, resultando em que, num mesmo paciente, encontravam-se os dois grupos de feridas. Para a terceira, realizou-se o seguinte processo: se a escara apresentasse secreção purulenta, esta era colhida e enviada ao laboratório para cultura. Em seguida, era iniciado o tratamento com própolis.

A quarta etapa da técnica consiste na visita médica, para avaliação do tratamento e encaminhamento cirúrgico.

A quinta e última etapa diz respeito à cirurgia plástica corretiva. Este processo é sempre acompanhado com avaliação e registro diário da evolução do tratamento que é realizado pelas autoras.

As autoras enumeram algumas vantagens do uso do própolis, dentre elas; a maior rapidez na regeneração da área ferida, baixo custo do produto em relação aos habitualmente utilizados e ao fato do própolis constituir um produto natural com possibilidades muito menores de provocar reações indesejáveis ao paciente.

Na ilustração, a tecnologia consiste na proposição do uso de um produto (própolis), na manipulação de escaras, com o objetivo de melhorar a cicatrização, curar ou preparar para cirurgia. Assim é, de fato, uma tecnologia de produção, cujo controle também foi explicitado pelas autoras.

4.1.3.2 – Tecnologias de Sistemas de Signos

São as “*que nos permitem utilizar signos, sentidos, símbolos ou significações*” (Foucault, 1990: 48). Para ilustrar, trago o trabalho “Processo de enfermagem dirigido: avaliação da segurança emocional” de Fernandez (1988).

A autora apresenta o uso da metodologia do processo de enfermagem dirigido - instrumentos sistematizados e avaliados para a coleta de dados específicos para pacientes portadores de patologia com indicação cirúrgica ou com hipótese diagnóstica de patologia com indicação cirúrgica do sistema nervoso central que visa identificar as necessidades afetadas na situação de internação e doença. Foi dado ênfase à avaliação da necessidade básica afetada da segurança emocional, pois o mesmo exerce influência marcante na recuperação do paciente.

A segurança emocional é o estado da pessoa que confia em si mesma para lidar com situações desagradáveis e agradáveis. É a capacidade de analisar a situação problema, analisar seu desequilíbrio e encontrar a melhor forma de retornar ao equilíbrio. É a capacidade de transformar as manifestações comportamentais negativas em positivas.

As manifestações emocionais negativas, são aqueles comportamentos e expressões verbais que indicam que algum desequilíbrio está afetando o atendimento da necessidade humana básica de segurança emocional, o qual a pessoa não é capaz de controlar com seus próprios recursos. Os mais freqüentes foram: choro, alterações do apetite, postura de defesa, não participação do ambiente, expressão verbal de ansiedade e medo, freqüente solicitação do pessoal de enfermagem.

Foram considerados positivos: postura de atenção à conversação, manifestação verbal de confiança na equipe de saúde, fala espontânea e apropriada à conversação, participação do ambiente social do hospital, ausência de choro indicativo de dificuldade em lidar com a situação, manutenção ou retorno ao padrão habitual de aceitação alimentar, solicitação da enfermagem para o atendimento de necessidades expressas objetivamente.

Alguns indicadores que melhor oferecem informações sobre os comportamentos relacionados ao atendimento da necessidade básica afetada de segurança emocional, destacam-se: **postura** - identificamos reação de medo através de uma postura de defesa, como posição fetal, braços cruzados, torcer de mãos, freqüentes mudanças de posição. Uma postura de atenção, descontraída ou relaxada, indica que o paciente se encontra confiante, seguro, interessado na conversação; **expressão verbal de medo ou ansiedade** - é a apreensiva tensão ou inquietação que se origina da antecipação subjetiva de iminente perigo ou ameaça cuja fonte é desconhecida ou irreconhecível. É uma reação de alarme, que aparece sempre que há ameaça para o organismo e que se torna anormal somente em termos de intensidade, estímulo que a evoca ou a forma que toma. Com muita freqüência o paciente e sua família expressam verbalmente o seu medo e ansiedade quanto aos exames para diagnóstico e esclarecimento da doença, quanto à cirurgia, os resultados do tratamento e a qualidade de vida após o mesmo; **fala - espontânea e apropriada à conversação com a enfermeira, prolixa** - dando respostas longas, ininterrupta - sem permitir ao examinador

conduzir a entrevista, monossilábica e alterações no tom da voz; **alterações do apetite** - tomamos como base alimentar do paciente prévio à internação e não consideramos alterações do apetite relacionadas ao uso de medicamentos como indicativas de insegurança emocional. Foi escolhido a observação do almoço. **choro** - data, horário e duração desse comportamento são informações importantes para avaliação dos progressos do paciente. O motivo do comportamento é útil no planejamento da assistência; **participação** - quando um paciente está preocupado, ansioso em relação ao que está acontecendo, apresenta um comportamento introvertido participando pouco ou nada do ambiente social do hospital; **solicitação do pessoal de enfermagem** - o paciente que solicita a presença de alguém muitas vezes e sem necessidade aparente, pode estar querendo dizer de ficar sozinho, do que a doença possa lhe causar, de perder o contato com o mundo exterior, com sua família, com suas crenças e sua cultura.

Os instrumentos utilizados para coletar as informações foram: **histórico de enfermagem dirigido a pacientes portadores de patologia do sistema nervoso central** - permitiu obter informações sobre a pessoa do paciente, seus hábitos, preferências, assim como seu estado neurológico no momento da internação; **entrevista diária** - realizada pela manhã e à tarde ou conforme a necessidade do paciente, com a finalidade de avaliar suas condições neurológicas, reforçar as orientações anteriormente apresentadas, oferecer as orientações já planejadas ou as que o paciente necessitasse no momento, observar e registrar as manifestações verbais e não verbais referentes aos indicadores selecionados; **roteiro de orientação** - teve como finalidade servir de guia para a enfermeira a fim de que nenhum aspecto fosse esquecido e as orientações gerais fossem sistematizadas; **prontuário** - diariamente o mesmo foi consultado no que se refere à prescrição médica, evolução e anotações de enfermagem, com a finalidade de nos informarmos sobre a evolução do paciente; **folha de avaliação das respostas emocionais** - onde eram registrados os comportamentos positivos e negativos descritos acima.

Esta proposição tecnológica, estabelece um relacionamento enfermeiro-paciente baseado na honestidade e clareza de conduta e de propósitos a fim de desenvolver a confiança e a segurança do paciente de modo que ele estivesse sempre informado sobre o presente e o futuro sobre a conduta de enfermagem, e pudesse planejar juntos o seu tratamento.

O exemplo acima, indica uma tecnologia de sistemas de signos, pois apresenta, através da utilização do processo dirigido, um meio de avaliar a necessidade básica afetada da segurança emocional dos pacientes com indicação cirúrgica do sistema nervoso central, onde a autora apresenta indicadores que oferecem **informações sobre os comportamentos relacionados ao atendimento da necessidade da segurança emocional afetada**. A postura, a expressão verbal de medo ou ansiedade, expressão e conteúdo da fala, alterações do apetite, choro, participação do cliente, motivos e quantidade de vezes que solicita o pessoal de enfermagem, são os elementos

que expressam a utilização de signos, sentidos ou significações, caracterizando a tipologia enfocada.

4.1.3.3 – Tecnologias do Poder

São as “*que determinam a conduta dos indivíduos, os submetem a certo tipo de fins ou de dominações e consistem em uma objetivação do sujeito*” (Foucault, 1990: 48). Em relação a este aspecto, as autoras Belei *et al.* (1992) em seu trabalho “Primeiro emprego: como treinar o enfermeiro recém-graduado”, enfocam esta tipologia.

Elas apresentam uma sistemática de treinamento para o recém-formado em seu primeiro emprego, com a finalidade de diminuir as ansiedades dos profissionais de enfermagem. A elaboração do instrumento que propõe esta sistemática, foi baseada em relatos informais de enfermeiros com até seis meses de conclusão de curso, as quais destacaram as dificuldades apresentadas no primeiro emprego, informações obtidas na revisão da literatura e na experiência profissional.

A sistemática de treinamento do enfermeiro recém-graduado deverá ser realizada da seguinte forma: no primeiro dia, durante as duas primeiras horas do período, receberá informações sobre seus direitos e deveres com a instituição. As próximas horas deverão ser utilizadas para visitar todas as dependências da instituição. O final do período ficará reservado para apresentação do pessoal e unidade onde ficará lotado.

No segundo dia, receberá informações sobre a instituição quanto aos aspectos relacionados à história, filosofia, responsabilidade da instituição com a comunidade, equipe de trabalho, especialidades que atendem, sistema de organização da empresa, regulamentos, usos e costumes da instituição. A seguir, o enfermeiro deverá ser encaminhado para a unidade onde ficará lotado, para se inteirar da rotina e normas do setor. Se a unidade possuir normas e rotinas escritas o recém-graduado poderá analisá-las sozinho, e no final do período esclarecer as dúvidas com o responsável por seu treinamento. Se não possuir, o responsável pelo treinamento, explicará para o novo enfermeiro toda a organização da unidade.

No terceiro dia, receberá orientação sobre os procedimentos técnicos que são utilizados no setor onde trabalhará. Identificará quais as técnicas que terá que dominar e fará uma auto-avaliação do seu desempenho teórico e prático nesta área. Nas últimas duas horas do dia, ficará na unidade acompanhando o supervisor de enfermagem em suas atividades.

No quarto dia, será reservado para discutir e elaborar o programa do treinamento teórico-prático a ser realizado com a participação do recém-graduado, que atenda às suas necessidades responsabilizando-o pelo processo de treinamento. Após, deverá ser utilizado o período, para que o recém-graduado continue acompanhando o enfermeiro na unidade.

Deve ser também abordado no treinamento, os aspectos de liderança em enfermagem, de preferência no último dia de treinamento, quando os enfermeiros já vivenciaram um período com a sua equipe de trabalho.

Do quinto ao décimo dia, deverá sempre ser utilizado um período para o treinamento e o outro para o recém graduado acompanhar o enfermeiro na unidade.

No décimo primeiro e no décimo segundo dia, quando o treinamento já deve ter sido concluído, o recém-graduado deverá iniciar o seu turno na unidade de lotação sempre acompanhado pelo enfermeiro do setor. E, a partir do décimo terceiro dia, poderá ficar sozinho sem a supervisão direta do enfermeiro. Este esquema deverá permanecer até o final do primeiro mês.

O recém-graduado deverá durante esse período realizar encontros semanais com o responsável pelo seu treinamento para discutir as dificuldades, avaliar seu desenvolvimento e programar novos estudos se necessário, para possibilitar uma boa integração no seu primeiro emprego.

A tecnologia de poder caracteriza-se na proposição acima, pela sistemática de treinamento para o enfermeiro recém-graduado, determinando a **conduta a ser perseguida** nos diferentes dias em que o mesmo acontece, bem como o introduz a um tipo de fim, de interesse institucional.

4.1.3.4 – Tecnologias do Eu

São as que:

permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, obtendo assim transformação de si mesmos com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade (Foucault, 1990: 48).

Para ilustrar, apresento o trabalho "Proposta alternativa de ensino-aprendizagem para o autocuidado: uma contribuição da enfermagem, ao enfrentamento da dor e equalização do estresse", de autoria de Santos (1990).

Nessa proposta dirigida à pessoa adulta com problema crônico de saúde, o cliente é considerado possuidor de algum nível de estresse. Oferece-se, então, subsídios para um ensino humanista, o qual tem como meta a libertação individual, a partir da reflexão, favorecendo a tomada de consciência de recursos terapêuticos, e deles fazer uso, para melhorar o estado de saúde.

Consta essa proposta de recursos que pretendem abordar o indivíduo como um todo, no sentido de reverter as reações de estresse através da intervenção da enfermagem a qual têm também abrangência holística.

Um programa de educação com vistas à aprendizagem de ações para o autocuidado, deve contar com recursos técnicos realísticos de eficiência comprovada e de fácil compreensão da clientela. Dentre esses recursos, estão a respiração, os exercícios físicos, relaxamento, imaginação guiada.

A respiração - em decorrência de tensões musculares crônicas, os adultos tendem a apresentar padrões desorganizados de respiração. De maneira que, análise do formato do tórax, frequência e padrão de ventilação e postura, devem constituir-se aspectos respiratórios mínimos a serem observados para a manutenção de uma entrada suficiente de oxigênio.

Exercícios - terão como resultado a redução de tensões musculares, aumento do âmbito de movimentação, benefícios para a coordenação, liberação dos músculos bloqueados por tensões emocionais, circulação aliviada, aumento da sensação de bem-estar, melhoria da auto-estima, alteração da ansiedade e depressão, além de desenvolver a consciência corporal.

Relaxamento progressivo - vem sendo definido como um estado de liberação de ansiedade e tensão músculo esquelético. É tido como fundamento do equilíbrio e da integração do corpo e mente, que propicia a vulnerabilidade para novos campos sensoriais e novas dimensões, expandindo sentimentos que unem o corpo e a mente.

Imaginação guiada - é um processo terapêutico onde um indivíduo controla a sua habilidade de imaginar, utilizando todos os sentidos. Mediante a criação de uma imagem auto-selecionada, a pessoa pode comunicar-se com os processos fisiológicos do corpo, ocorrendo fora dos níveis conscientes.

A autora apresenta estas técnicas básicas em detalhe, as atividades psicobiológicas, bem como o instrumento de identificação de necessidades de aprendizagem de ações para o autocuidado, plano de intervenção, ficha de acompanhamento.

Apresenta, ainda, três técnicas de equalização, a primeira que se denomina Técnica Básica de Equalização 1 (TBE-1), tem como recurso principal a respiração. Essa técnica visa colocar a pessoa em sintonia com os seus principais ritmos fisiológicos - cardíaco e respiratório - com as seguintes justificativas: desviar a atenção da pessoa, retirando-a do estado tenso no qual se encontra; possibilitar à pessoa conhecer seu

padrão respiratório para que, a partir de então, comece a distinguir sinais de desarmonia, posto que a respiração é sensível a qualquer situação de estresse, vindo a alterar-se. A postura corporal para essa técnica é decúbito dorsal.

As segunda técnica, que se intitula Técnica Básica de Equalização 2 (TBE - 2), utiliza, de forma combinada, a respiração e exercícios ativos assistidos. Em decúbito dorsal, o cliente é orientado a tensionar os grupos musculares enquanto inala, exalando, ao mesmo tempo que relaxa. As justificativas dessa técnica são: possibilitar o cliente conhecer a sensação de tensão dos grupos musculares que integram a superfície corporal; ajudar o cliente a expandir a consciência do seu corpo.

A terceira técnica básica, que se intitula Técnica Básica de Equalização 3 (TBE- 3), é uma combinação da TBE - 2, com exercício de imagem guiada. Essa técnica tem as seguintes justificativas: ajudar o cliente a disciplinar sua imaginação, orientando-o inicialmente a visualizar o próprio corpo; ajudar o cliente a identificar, no conjunto do seu corpo, órgãos com áreas afetadas, fazendo positivas representações mentais não só desses órgãos e áreas, mas do corpo como um todo.

O propósito central dessas técnicas básicas é reduzir o estresse ou tensão crônica, cujas manifestações biológicas se originam no tronco - principal área de alterações posturais. Esses exercícios preparam o cliente para a etapa subsequente da intervenção, quando lhe é ensinado atividade psicobiológica reconstituidora. Durante essas atividades, o enfermeiro deve observar a colocação de sua voz, em termos de ritmo, velocidade e entonação, no sentido de favorecer a equalização do estresse.

Esta proposta tecnológica oferece subsídios para um ensino humanista, o qual tem como meta a **libertação individual**, a partir da reflexão, favorecendo a **tomada de consciência** de recursos terapêuticos e deles fazer uso, para melhorar o estado de saúde. Apresenta princípios e um programa de educação, com recursos que procuram abordar o indivíduo como um todo, com vistas à aprendizagem de ações para o autocuidado. Há uma preocupação da autora com a integralidade do 'eu' do ser humano. Portanto, este exemplo caracteriza-se por ser uma tecnologia do 'eu', porque **permite ao cliente efetuar, por conta própria ou com a ajuda do profissional, a utilização de certos recursos como a respiração, exercícios físicos, relaxamento, imaginação guiada e técnicas de equalização de estresse sobre o seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, procurando a transformação de si mesmo, com o fim de alcançar energias e conferindo ao cliente a possibilidade de aprender a acionar o seu potencial de reconstituição.**

Primeiramente, pensei em classificar as propostas de tecnologias de enfermagem, pela predominância das características de cada tipologia de Foucault. No entanto, observei que alguns trabalhos tinham elementos indicadores de mais de uma tipologia, o que me levou a classificar algumas propostas em mais de uma opção, como podemos observar a seguir, de acordo com as características apresentadas.

QUADRO 8 - Classificação das Tecnologias de Enfermagem segundo Tipologia de Foucault

FONTE	CLASSIFICAÇÃO TECNOLOGIAS - FOUCAULT			
	TECNOLOGIAS DE PRODUÇÃO	TECNOLOGIAS DE SISTEMAS DE SIGNOS	TECNOLOGIA DO PODER	TECNOLOGIA DO EU
REBEn	29	05	19	11
SENPE	02	01	03	01
CEPEEn	05	15	31	21
TOTAL	36	21	53	33

No total analisado, temos cento e doze propostas tecnológicas, porém no quadro acima, aparecem classificadas, em alguns casos, como pertencendo a mais de uma tipologia, resultando num total de cento e quarenta e três possibilidades. Os dados demonstrados, assim, no QUADRO 8, revelam cinquenta e três tecnologias de poder, trinta e seis de produção, trinta e três proposições tecnológicas do 'eu' e vinte e uma de sistemas de signos.

Nas tecnologias avaliadas, está demonstrada uma preocupação/tendência de indicar ao sujeito, sejam eles trabalhadores ou clientela, modos de conduta que permitam a esses personagens uma intervenção no processo de adoecer e ser saudável, considerando a possibilidade desses sujeitos terem poder/domínio sobre a prática executada.

Em geral, estas proposições indicavam ao cliente a possibilidade de uma maior interação com o enfermeiro, assim como permitiram ao cliente maior informação sobre a prática, seja ela uma prática de autocuidado, seja uma prática de cuidado sobre o outro.

Com mais dificuldade, embora com número representativo, detectei que foram apresentadas tecnologias que permitiam uma melhora nos processos de

comunicação entre os profissionais e clientela (vice-versa), profissionais entre si e clientela entre si. Cabe destacar que uma coisa é o sujeito deter a informação sobre o que fazer, outra coisa é uma comunicação entre 'eu' e 'tu', como apareceu nas proposições tecnológicas.

Somando as tecnologias de signos, do eu e do poder, estas proporcionam ao indivíduo um maior domínio sobre o processo. Com as tecnologias do eu, não se procurava tanto o domínio do processo assistencial, mas se procurava uma preocupação com habilidade do próprio sujeito sobre operações que ele executava, sua conduta, enfim, aquisição de certas habilidades e atitudes, obtendo assim, como diz Foucault (1990: 48), "*a transformação de si mesmo com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade*".

Acredito que, no fundo, o aparecimento das tecnologias do poder, do eu e de signos, foi uma tentativa dos autores possibilitarem um maior espaço às pessoas enquanto sujeitos, com poder e autoridade, indicando tendência emancipatória.

Entretanto, em relação às tecnologias de produção, que seriam aquelas diretamente vinculadas com o processo de trabalho de enfermagem em si, houve uma amostra menor, considerada a soma das outras tipologias. As tecnologias de produção estavam ainda ligadas à interação e maior domínio sobre os processos operacionais da assistência global propostas que se traduzam em instrumentos específicos de enfermagem. Neste sentido, parece haver ainda reduzida intenção de produzir-se instrumentos que permitam maior eficácia e eficiência no cuidado terapêutico.

Trouxe estas tipologias de Foucault, porque ele abre um espaço para a discussão das diferentes maneiras em que, em nossa cultura, os homens têm desenvolvido um saber acerca de si mesmos na economia, biologia, psiquiatria, medicina e direito. Como diz o mesmo autor (1990: 48),

o ponto principal não consiste em aceitar este saber como um valor dado, senão em analisar estas chamadas ciências, como 'jogos de verdade' específicos, relaciona-

dos com técnicas específicas que os homens utilizam para entenderem-se a si mesmos.

A modo de contextualização, Foucault apresenta os quatro tipos principais de tecnologias, que aqui foram descritas, exemplificadas e trabalhadas. Cada uma dessas tecnologias, diz o autor (1990: 50), “*implica certas formas de aprendizagem e de modificações dos indivíduos, não somente num sentido mais evidente de aquisição de certas ‘habilidades’, como também o sentido de aquisição de ‘atitudes’*”.

Embora cada uma dessas tipologias esteja associada com algum tipo particular de dominação, Foucault demonstrou que, desde o século XVIII até os dias atuais, as técnicas de verbalização tem sido utilizadas pelas ciências humanas sem a renúncia do ‘eu’, de si mesmo, mas para construir positivamente um novo ‘eu’, na construção de um novo sujeito.

Portanto, quando falo em tecnologias emancipatórias de enfermagem, busco nelas os componentes e elementos com possibilidade de emancipação do sujeito (profissionais, clientela) sem renúncia de seu ‘eu’, mas que possa proporcionar uma reflexão e favorecer ao profissional e à clientela serem atores e não meros expectadores de suas histórias. Por isso, a importância das tecnologias do eu, enunciadas por Foucault.

4.1.4 – Quarto Momento Classificatório: tecnologias específicas de enfermagem

Essa tipologia classificatória emergiu da bibliografia consultada, da troca de experiências entre profissionais, professores, entre outros. Inicialmente, elenquei uma lista de tecnologias específicas de enfermagem, ou seja:

- **tecnologias do cuidado corporal;**
- **tecnologias de concepções;**

- **tecnologias interpretativas de situações de clientes;**
- **tecnologias de administração;**
- **tecnologias de educação no cuidado de saúde;**
- **tecnologias de processos de comunicação.**

Conforme apresentado no Capítulo 3, no decorrer do desenvolvimento do trabalho, porém, achei necessário fazer algumas modificações nessa tipologia, ou seja, a nomenclatura **tecnologias do cuidado corporal** foi modificada para **tecnologias do cuidado**, porque nas leituras dos textos fui observando que elas não se relacionavam somente com o corpo, mas sim, numa dimensão mais ampla, com a segurança, a 'psiquê' da clientela, e assim por diante. A expressão **tecnologias de educação no cuidado de saúde** também se mostrou inadequada, podendo referir-se a outras situações da assistência ou ensino, sendo portanto redimensionado, como **tecnologias de educação**. Senti necessidade de acrescentar as **tecnologias de modos de conduta**, pois foram surgindo propostas deste tipo, no decorrer das leituras dos trabalhos.

A seguir, apresento um exemplo de cada tipologia tecnológica específica de enfermagem.

4.1.4.1 – Tecnologias do Cuidado

Foram incluídos todos os saberes justificados em seus princípios científicos e propostas em técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo profissional no cuidado. Esta tecnologia está representada no trabalho - "Análise da implantação do sistema fechado simplificado durante a assistência de enfermagem aos clientes em diálise peritoneal intermitente" de autoria de Guimarães (1990).

A autora relata a criação do sistema fechado simplificado em diálise peritoneal intermitente (DPI) manual, a partir do antigo e convencional equipo de DPI manual. Esta proposição tecnológica foi gradual e fruto de observação, dividida em três fases.

A primeira fase, foi a montagem do sistema fechado - foi iniciado a criação do sistema fechado simplificado utilizando materiais disponíveis no setor de diálise, e de fácil aquisição, como: um equipo convencional de DPI manual, um sistema fechado de urina, um pedaço de borracha estéril, um par de luvas esterilizadas, dois frascos de um litro de solução de diálise peritoneal.

Com estes materiais, foi montado o sistema fechado simplificado, através da conexão do sistema fechado de urina ao antigo equipo.

A segunda fase, ocorre a simplificação do sistema fechado - através da continuada vigilância e utilização do sistema fechado, foi percebido que o mesmo podia ser melhor aperfeiçoado, englobando os dois litros da solução de diálise em um só frasco.

A fabricação em série do sistema fechado simplificado, possibilitou a definitiva utilização do sistema com repercussões positivas para a clientela. Ficou constatado que houve uma melhora na otimização do padrão de assistência de enfermagem prestada aos clientes na unidade de depuração extra-corpórea.

No campo administrativo, a redução no custo do tratamento: pela minimização da incidência de peritonite, com suas implicações referentes ao bem-estar do cliente; diminuição do tempo de permanência do cliente no hospital, e em consequência a diminuição do custo leito-dia.

A existência da bolsa coletora propiciou uma melhor observação do fluxo e do aspecto do líquido drenado. Além disso, a equipe de enfermagem obteve maior liberdade e segurança, pois não há mais o risco do líquido drenado ser desprezado no chão. Também, possibilitou a colheita asséptica de amostra do líquido drenado.

No exemplo acima, a autora relata a criação do **sistema simplificado em diálise peritoneal intermitente manual**, fruto da observação da práxis da enfermagem. Esta proposição caracteriza-se como uma tecnologia do cuidado, porque o enfermeiro, utilizando-se dela, **melhora consideravelmente o padrão de assistência de enfermagem** prestada aos clientes, bem como, a redução no custo do tratamento, pela diminuição da incidência de peritonite, diminuição do tempo de permanência do cliente no hospital, favorecendo, com isso, situações que possam interferir no bem-estar do cliente.

4.1.4.2 – Tecnologias de Concepções

Nesta tipologia foram incluídos os trabalhos que apresentassem desenhos/projetos de delineamento da assistência de enfermagem, bem como uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais. Encontro, no trabalho de Queiroz e Egry (1988), intitulado: “Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético”, o exemplo para ilustrar esta tipologia.

As autoras propõem uma metodologia de assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentada no materialismo histórico.

Neste referencial aceita-se que o processo saúde-doença é determinado socialmente, em uma dada realidade objetiva, e que esta realidade deve ser abordada em três dimensões, a saber: dimensão estrutural - formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e de relações sociais; dimensão particular - formada pelos processos de reprodução social e a dimensão singular - formada pelos indivíduos e suas famílias. A metodologia de assistência de enfermagem em saúde coletiva é desenvolvida nas seguintes fases:

a) captação da realidade objetiva - consiste em conhecer tal realidade nas três dimensões e dentro delas os grupos temáticos a serem abordados:

* Grupo temático referente à dimensão estrutural

- o sistema de saúde vigente como um todo e a forma de vinculação do sujeito à ele;

- a atuação das instituições de saúde na problemática de saúde, expectativas e experiências vividas em relação às respostas esperadas destas instituições;

- dinâmica e a historicidade das transformações ocorridas no sistema de saúde.

* Grupo temático referente à dimensão particular

- a dinâmica e historicidade do processo saúde-doença dentro de diferentes classes sociais, destacando a inserção do sujeito em dada classe social;

- dinâmica e historicidade de movimentos populares e sua vinculação à eles;

* Grupo temático referente à dimensão singular

- dinâmica e historicidade de sobrevivência e/ou aperfeiçoamento da saúde relacionados a: processo saúde-doença, ambiente físico, alimentação, transporte, educação, trabalho, relações familiares e/ou grupais, prazer, corpo biopsíquico.

b) interpretação da realidade - é realizada pela explicitação das contradições existentes nas três dimensões e seus grupos temáticos. Deve ser descoberto para cada tema e também no seu conteúdo total, os polos contrários, que compõem na luta entre eles, a unidade e luta dos contrários.

c) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva - tal projeto de intervenção deve ser construído em conjunto, profissional e o sujeito da assistência, permitindo, desta forma, a tomada de consciência e reflexão crítica da realidade objetiva em relação à saúde. Deve conter objetivos de alcance comum (profissional/sujeito) estabelecendo, também em conjunto, as épocas de alcance dos mesmos.

d) intervenção na realidade objetiva - em continuidade dinâmica com as anteriores, são postos em prática os objetivos propostos. Deve abranger simultaneamente todas as três dimensões na intervenção de temas específicos, visando a superação das contradições explicitadas;

e) reinterpretação da realidade objetiva - nesta etapa deve haver uma releitura da realidade objetiva, frente às transformações ocorridas ou não, diante das três dimensões e em seus desdobramentos temáticos. Devem ser recolocados e analisados os impactos, as dificuldades surgidas no processo de superação das contradições, bem como o redimensionamento do horizonte (ou objetivos) anteriormente posto e a projeção de novas proposições.

Esta proposta ao se negar e superar as contradições do modelo hegemônico da sociedade e de saúde, deve-se reinterpretar a realidade objetiva à luz do referencial materialista histórico e dialético para captar que a vida social, e o processo saúde-doença como um de seus elementos, são parte do universo, que existe objetivamente como um conjunto de processos em ininterrupto desenvolvimento, considerando então, os processos estruturais da sociedade que, por se acharem na base do desenvolvimento da coletividade, permitem explicar o aparecimento de condições de vida particulares; de considerar os perfis de reprodução social dos diferentes grupos sócio-econômicos (classes sociais) com suas correspondentes potencialidades de saúde e de sobrevivência, assim como os riscos de adoecer e morrer; e de levar em consideração, também a compreensão dos fenômenos biológicos que configuram os padrões típicos de saúde-doença dos grupos e dos indivíduos que o compõem.

As autoras apresentam uma tecnologia de concepção, pois propõem uma metodologia de assistência de enfermagem em saúde coletiva, apoiada no materialismo histórico, partindo da concepção e visão de mundo nesta ótica, da colocação de pressupostos e das leis da dialética materialista.

Portanto, com esta proposta, apresenta-se uma nova concepção do processo saúde-doença, em suas várias dimensões, trazendo para a enfermagem outras formas de enfrentar os problemas da clientela e oportunizando aos profissionais uma metodologia de atuação de superação do modelo hegemônico da sociedade e de saúde.

4.1.4.3 – Tecnologias interpretativas de Situações de clientes

Inclui todas aquelas tecnologias que proporcionam ao enfermeiro justificar os cuidados que são próprios de seu papel e provar sua contribuição específica no domínio da saúde. Evidenciam os problemas de um cliente/pessoa, de uma família ou de uma coletividade e permitem ao profissional ver de forma clara aquilo que deve ser feito para resolvê-los. Trago, para exemplificar, o trabalho “Escala de faces para avaliação da dor em crianças,” de autoria de Claro (1993), e que tem como proposta a aplicação de uma escala a ser utilizada pela enfermagem para avaliação da dor em crianças, além de estratégias de alívio da mesma.

A autora desenvolve uma escala de faces, com padrão referencial subjetivo, composta por figuras familiares às crianças brasileiras, a ser usada como parâmetro na avaliação da dor sentida pela criança.

Tal proposta contribui para a adequação do esquema medicamento - analgésico em pediatria além de oferecer aos profissionais enfermeiros uma alternativa objetiva na execução das condutas médicas em relação a ministração de analgésicos para crianças.

A escala de faces foi desenhada pelo Maurício de Souza, autor de personagens infantis de revistas em quadrinhos e desenhos animados bastante conhecidos pelas crianças. Foram elaboradas duas seqüências: uma com personagem masculino, o Cebolinha, e outra com personagem feminino, a Mônica. As seqüências mostram cinco expressões partindo da expressão sem dor até a expressão de dor insuportável (a pior dor possível) considerando uma escala âncora alfanumérico onde 0 = sem dor; 1 = dor leve; 2 = dor moderada; 3 = dor forte e 4 = dor insuportável.

Os dados referentes a cada criança (6 a 12 anos de idade), são registrados em um protocolo, constando de: idade, sexo, escolaridade, número de irmãos, posição na família, experiência dolorosa citada pela criança, seqüência masculina e feminina formada pelas mesmas, opção pelo sexo das figuras em relação ao sexo da criança, figura apontada para quantificar a experiência dolorosa.

Os dados referentes a cada criança foram obtidos dela própria. Eram então apresentados todos os cartões, tanto das figuras do Cebolinha quanto da Mônica, totalmente embaralhados. Informava-se então às crianças que os personagens, estando no início sem nenhuma dor, começavam a sentir uma dor qualquer e esta dor iria gradativamente aumentando até tornar-se insuportável.

Uma vez formada a primeira seqüência pela criança, esta era anotada de acordo com a numeração da escala âncora, sendo anotado também o sexo das figuras em relação ao sexo da criança. Era

solicitado, a seguir, que a criança formasse a outra seqüência, com o objetivo de testar se o refazer aumentaria o índice de acertos.

Em seguida, era perguntado à criança uma dor que ela já havia sentido, solicitando que ela apontasse na seqüência formada qual figura representava essa dor e qual figura representava o momento seguinte em que a dor desaparecera ou diminuía. Todos esses dados eram registrados.

A escala pretende servir como instrumento motivador e desencadeador para a observação global da criança bem como a avaliação do observado para a tomada de decisão, propiciando uma proximidade maior com a criança e favorecendo uma melhor comunicação entre ela e o profissional, à respeito de sua dor.

A ilustração acima aborda a aplicação de uma escala de faces a ser utilizada pelos profissionais de enfermagem, para avaliação da dor em crianças e de estratégias de alívio da mesma.

Esta escala proporciona aos profissionais uma forma de avaliar e interpretar as situações de dor apresentadas pelas crianças para uma tomada de decisão mais segura sobre a assistência a ser prestada. Por isso, o exemplo caracteriza-se como uma tecnologia interpretativa de situação de cliente.

4.1.4.4 – Tecnologias de Administração

Inclui todas as formas de proceder a organização dos equipamentos, tempos e movimentos relativos ao trabalho da enfermagem, bem como todas as tecnologias que indiquem um modo de fazer sistematizado e controlado da assistência, ensino, gerenciamento, entre outras. O trabalho “Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de ensino: proposta de um modelo” ilustra esta tipologia. Erdmann (1987), autora deste estudo, propõe um modelo conceitual e operacional, para diagnosticar problemas no contexto administrativo de um sistema de enfermagem de hospital de ensino.

A autora, apresenta as seguintes etapas e procedimentos: a) reconhecimento da situação: reunião de abertura com a participação dos analistas e pessoas com responsabilidades administrativas do sistema de enfermagem, chefes dos subsistemas de enfermagem, a fim de legitimar o processo de ensino prático do grupo, análise de indicadores de saúde e da

assistência do hospital, aplicação de detectores de problemas; b) descrição da situação do sistema e sub-sistemas de enfermagem; c) concepção de um sistema e subsistema de enfermagem; d) constituição da referência da situação estruturada dos problemas no sistema e subsistemas de enfermagem concebidos; e) apresentação dos problemas revelantes do sistema e subsistema de enfermagem.

Uma das razões da utilidade deste modelo é justamente de servir como instrumento que possibilite situar e visualizar os problemas nas suas partes de forma a possibilitar uma visão do todo.

A analista pode determinar os problemas relevantes, pois uma vez que conseguir reconhecer e descrever a situação, conceber um sistema, situar os problemas dentro deste sistema e suas repercussões nos componentes do mesmo, terá também condições e/ou capacidades para destacá-los de acordo com os critérios estabelecidos, ou outro, que julgar conveniente.

A partir do conhecimento do produto deste sistema e suprida a escassez de recursos e melhoria técnico-científica da assistência, livre de riscos para as pessoas, e adotar uma administração participativa e organizada dirigida para uma melhor eficiência e eficácia deste sistema e subsistemas de enfermagem ter-se-á melhor alcançado o objetivo estabelecido por este sistema: planejar, executar e controlar as atividades do sistema de enfermagem visando prestar assistência que atenda às necessidades do paciente/família e comunidade e, colaborar com o ensino e a pesquisa de enfermagem.

No modelo proposto, o analista explora suas habilidades, criatividade, imaginação, estilo, estética, ritmo, raciocínio, sensibilidade, diálogo, expressão, destreza e outros.

Esta proposição serve como um instrumento para os profissionais de enfermagem utilizarem no contexto administrativo de um hospital, possibilitando situar e visualizar os problemas nas suas partes, de forma a proporcionar uma visão do todo, através de **um modelo conceitual e operacional, buscando: planejamento, execução e controle das atividades de enfermagem**, visando prestar assistência que atenda às necessidades da clientela e colaborar, também, com o ensino e a pesquisa de enfermagem. Portanto, o exemplo enfoca uma tecnologia de administração.

4.1.4.5 - Tecnologias de Educação

São aquelas que apontam os meios de auxiliar a formação de uma consciência para a vida saudável. O trabalho de autoria de Barros e Christóforo

(1993), intitulado "Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com candidatas à laqueadura", ilustra esta tipologia.

Esta proposta proporciona um espaço de reflexão e discussão sobre as condições de saúde de atendimento à mulher. A metodologia do grupo educativo com candidatas à laqueadura consiste em aspectos técnicos e de método.

Quanto aos aspectos técnicos, as gestantes são encaminhadas de acordo com os seguintes critérios: idade mínima de trinta anos, filhos vivos três (preferencialmente ambos os sexos), gestante até o quinto mês de gestação, indicação médica para laqueadura, avaliação do uso anterior de métodos anticoncepcionais. E os critérios de aprovação de laqueadura são: idade mínima trinta anos, número de filhos três, estabilidade conjugal de pelo menos cinco anos, concordância expressa do cônjuge.

As gestantes são previamente agendadas para o grupo educativo em número de sete a nove participantes. Esta atividade é coordenada pela enfermeira, conta com a participação da assistente social e tem, em média, uma hora e meia de duração.

O material educativo utilizado na discussão é uma série de cartazes. Os temas abordados são: anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino, sexualidade da mulher, métodos anticoncepcionais em geral, enfocando métodos contraceptivos definitivos: laqueadura e vasectomia.

A atividade educativa com as gestantes candidatas à laqueadura, é o método participativo, incorporando aspectos básicos utilizados em grupos terapêuticos.

A atividade é iniciada com a apresentação da proposta de trabalho, dos profissionais e das gestantes do grupo. As participantes usam crachás com os nomes legíveis. A enfermeira solicita a cada gestante que durante a apresentação pessoal diga sua idade, o número de gestações e filhos que possui, os métodos anticoncepcionais que já usou e por que quer fazer a laqueadura. É feita uma discussão geral a partir dos dados apresentados.

Em seguida, é sugerido pela coordenadora conversar sobre o corpo da mulher, mais especificamente sobre os órgãos genitais externos e internos. A partir de então, a discussão gira em torno da sexualidade, do prazer sexual, da relação sexual, do processo de fecundação, da gravidez e, finalmente, das maneiras possíveis de evitar uma gestação. Inclui-se, nesse momento, uma explicação sobre a salpingectomia bilateral.

As informações de aspectos biológicos são permeadas pelo conteúdo vivencial que cada gestante vai pouco a pouco colocando para o grupo, evidenciando-se o contexto social, econômico, psicológico e político.

À medida que o grupo evolui, fica cada vez mais claro e compreensível para as integrantes, o que é laqueadura em relação à saúde da mulher como um todo, em seus aspectos biológicos e psicossociais.

O grupo educativo implica também numa postura profissional do enfermeiro cuja competência se revela pelo conhecimento técnico e pela sensibilidade ao atender as mulheres em suas necessidades de saúde. As autoras, apresentam também um protocolo da metodologia do grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura.

O trabalho anterior inclui uma tecnologia de educação, pois, através do grupo educativo, proporciona às candidatas à laqueadura, um espaço de reflexão e discussão sobre as condições de saúde e atendimento à mulher. Este grupo é um meio auxiliar de consciência para a vida saudável, porque permite, aos profissionais envolvidos, conhecer, discutir e trocar informações sobre a realidade de cada gestante, para que juntos possam decidir sobre o processo de laqueadura, conscientes dos prós e contras, e não de forma impositiva.

4.1.4.6 – Tecnologias de Processos de Comunicação

São todos os meios utilizados pelos profissionais como forma terapêutica e na prestação de informações, ou seja, todas as formas do profissional e clientela se relacionarem entre si e com os outros. Ferraz (1988), em seu trabalho “Busca de informações - uma estratégia de *coping*”, ilustra esta proposta tecnológica.

A autora além de identificar as características pessoais dos pacientes portadores de neoplasias hematológicas na fase de tratamento, bem como a construção de um guia para determinar se o indivíduo busca informações ou não utilizando a estratégia de *'coping'*, ou seja, os esforços comportamentais e cognitivos para dominar, tolerar ou reduzir as demandas internas e externas e conflito entre eles. O *'coping'* é evocado em resposta a um dano que existe ou um dano em potencial (ameaça) e aumenta quando os danos ou ameaças são estimados como manobráveis que resulta na solução dos problemas e minimização das emoções.

O guia para a busca de informações foi construído a partir da aplicação em formas de experimento pela autora com esse tipo de clientela, através da literatura, experiência profissional, entre outros. O mesmo foi aplicado e validado.

Foram construídas categorias que visam avaliar a variável busca de informações, consideradas: doença, exames, diagnósticos, tratamento e prognóstico. O instrumento permite avaliar informações em dois grupos distintos de pacientes, os que referiam já ter recebido informações e os que referiam não ter recebido informações. O instrumento consta de quatro sub-divisões: 1ª) parte - impressão diagnóstica; 2ª) parte - exames diagnósticos; 3ª) parte - tratamento; 4ª) parte - prognóstico. O escore para cada uma das divisões poderá variar de 0 a 8 pontos, perfazendo um total, de no máximo 32 pontos.

Foi considerado como pacientes que buscam informações os que atingiram um escore acima de 16 pontos; e os que não buscam informações aqueles cujos escores estavam abaixo ou igual a 16 pontos.

Enfermeiros podem utilizar uma variedade de intervenções para assistir clientes no desenvolvimento ou enriquecimento de seus padrões de 'coping'. O tipo de intervenção depende do cliente e da situação. Juntos, clientes e profissionais trabalharão para estabelecer efetivos padrões de 'coping'. A autora apresenta instrumentos para coleta de dados de identificação do cliente, instrução para a entrevista sobre informações e opinião acerca de sua doença.

A autora, em seu trabalho, busca identificar as características pessoais dos portadores de neoplasias hematológicas, na fase de tratamento, bem como procura identificar de que forma essa clientela busca informações, utilizando-se da estratégia de 'coping', ou seja, **os esforços comportamentais e cognitivos que eles expressam para dominar, tolerar ou reduzir as demandas internas e externas e os conflitos entre eles.**

Caracteriza-se com uma tecnologia de processo de comunicação, porque a autora apresenta um **guia para a busca de informações**, permitindo traçar condutas mais efetivas na assistência à clientela, principalmente, oferecendo à equipe de enfermagem maior tranquilidade ao fornecer informações que seriam empregadas pelos sujeitos.

4.1.4.7 – Tecnologias de Modos de Conduta

São aquelas que indicam comportamentos profissionais ou da clientela, orientados por passos ou fases que pretendem constituir-se em protocolos assistenciais. O trabalho intitulado "O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família", de autoria de Luce *et al.* (1990), ilustra este tipo de tecnologia, porque estabelece modelos de auxiliar a integração hospital/comunidade, visando o indivíduo na unidade familiar, face à recuperação, reabilitação e integração ao trabalho e à sociedade.

Visitas domiciliares levantam as condições da moradia, consolidando a participação familiar no processo. Durante a internação os cuidados de enfermagem realizados são orientados, conduzindo à participação e à realização destes, pelo cliente e familiares.

Esta proposição tecnológica apresenta as seguintes etapas e procedimentos:

a) critério para seleção da clientela: serem diabéticos do tipo I ou II, moradores da área programática;

b) instrumentos utilizados: **formulário para levantamento de clientes** - com a finalidade de identificar o cliente participante do estudo e verificar o grau de conhecimento do mesmo sobre sua doença, insulina, autocuidado, etc.; **formulário para visita domiciliar**- avaliar as condições sócio-econômicas e de moradia e, também, levantar os conhecimentos dos familiares sobre a doença; **formulário de coleta de dados** - para avaliação do aprendizado do cliente relativa à orientação recebida durante a hospitalização; **mapa dos locais de aplicação de insulina**- afixado na cabeceira do leito, para que o próprio cliente registre o local de aplicação da insulina e se oriente quanto ao rodízio de locais. Serve, também, como fator de integração acerca do autocuidado realizado entre equipe assistencial e familiares; **cartão de controle de glicosúria e aplicação de insulina** -, com orientação de que, após a alta, todos os horários, resultados da glicosúria, quantidade de insulina e local de sua aplicação deveriam ser registrados, com o fim de ser controlada a aprendizagem.

c) plano de trabalho: 1ª) fase - apresentar a proposta em reunião multiprofissional, visando a integração destes nas atividades do trabalho e, esclarecer a equipe de enfermagem e levantar através de entrevistas e testes de conhecimentos pré e pós treinamento, os níveis de interesse (área afetiva) e conhecimentos (áreas cognitiva e psicomotora) retidos sobre o diabetes e a assistência, voltada para o autocuidado; 2ª) fase - entrevistar a clientela selecionada para a apresentação da proposta, obter sua aquiescência em participar, aplicar o formulário para identificação, verificação de conhecimentos, autorização de visitas domiciliares e informação do melhor horário para realizá-la, e a indicação da pessoa mais próxima ao cliente que poderia participar do autocuidado. Orientar os clientes internados, através da equipe de enfermagem e/ou sessão de livros e manuais, utilização de jogos sobre sinais, sintomas, complicações e cuidados gerais relacionados com a diabete, a importância da sua participação no tratamento. Convidar clientes e familiares para apresentação, demonstração e discussão do autocuidado referente a glicosúria, tipos de medicações, dieta, auto e hetero-aplicação de insulina (técnica de aplicação, cuidados, manutenção e guarda do material de insulina), exercícios, medidas preventivas, adaptação dos cuidados no regresso ao lar, bem como informação sobre familiares diabéticos em potencial. Esclarecer e supervisionar diariamente todos os membros da equipe, a realização das práticas de auto-aplicação de insulina, glicosúria, anotação no mapa, etc., e registro do nível de desenvoltura do cliente na realização das atividades. Entregar o boletim dietoterápico ao cliente e colocar o mapa das regiões do corpo para aplicação de insulina na cabeceira da cama, propiciando a leitura e o esclarecimento de dúvidas. Realizar visita domiciliar, durante à internação, conforme a necessidade da família e cliente. Elaborar e entregar ao cliente o cartão de controle de glicosúria e insulina, o cartão de identificação do diabético e o manual educativo sobre diabetes e autocuidado. Na alta, aprazar, a data de retorno do cliente para consultas no mesmo dia com o enfermeiro,

médico e nutricionista, e orientar o mesmo sobre a necessidade de trazer o cartão de controle de glicosúria e insulina. 3ª) fase - discutir com a enfermeira do ambulatório a aplicação do formulário de coleta de dados, quando do retorno do cliente ao ambulatório, para verificar o seguimento do tratamento medicamentoso e dietético, reforçar a orientação dada na consulta de enfermagem ambulatorial e determinar a necessidade de realização de outras visitas domiciliares. 4ª) fase - solicitar a participação do serviço de desenvolvimento no sentido de incentivar a comunhão e esforços para que o cliente seja o provedor do seu cuidado.

Esta proposta deve 'desrobotizar' a assistência de enfermagem, propiciando uma postura participativa, que priorize a mudança de comportamento do cliente diante de sua patologia e valorize os componentes do seu meio ambiente.

Este exemplo caracteriza-se por ser uma tecnologia de modo de conduta, porque o enfermeiro, através do conhecimento e valorização dos componentes do meio ambiente onde vive o diabético, traça um plano de trabalho e de condutas, utilizando-se de instrumentos e treinamentos, para a realização do seu autocuidado ou de sua família. Com isso, busca-se uma desrobotização da assistência de enfermagem, propiciando uma postura participativa e priorizando a mudança de comportamento da clientela diante de sua patologia.

Esta proposição indica um roteiro de **comportamentos no preparo e autocuidado do diabético e família**, que profissionais devem seguir, constituindo-se assim, em um **protocolo assistencial**, ou seja, num modelo onde se encontram os passos e registros que proporcionam ao profissional uma metodologia de atuação.

Após a exemplificação de cada tipologia de tecnologias específicas de enfermagem, apresento, no QUADRO 9, a freqüência com que cada uma apareceu nos trabalhos avaliados. Cabe destacar que, como na classificação das tecnologias de Foucault, aqui também procurei utilizar a mesma conduta, ou seja, indicar a tecnologia que mais predominava, porém, em alguns casos, houve necessidade de mais de uma indicação, conforme demonstração a seguir; originando um total de avaliações maior do que a realidade estudada, ou seja, de cento e doze, têm-se um número de cento e setenta e cinco

possibilidades tecnológicas, ou seja, uma tecnologia de enfermagem pode ser ao mesmo tempo de concepção, por exemplo, e de educação.

Relacionando as tipologias tecnológicas de Foucault com as de Enfermagem, encontro possibilidades associativas entre ambas, ou seja, **nas tecnologias de produção** (Foucault) podem ser incluídas as tecnologias (Enfermagem) do cuidado, concepções, interpretativas de situações de clientes, administrativas; **nas tecnologias de sistemas de signos**, as tecnologias de processos de comunicação; **nas tecnologias de poder** as tecnologias de modos de conduta (na pesquisa, assistência de enfermagem, no ensino, etc.), cuidado, administração, educação e processos de comunicação; **nas tecnologias do eu**, as tecnologias de processos de comunicação, educação e do cuidado.

Essas associações dependem do conteúdo de cada tecnologia de enfermagem, podendo ora ser um tipo de tecnologia classificatória de Foucault, ora outro tipo.

QUADRO 9 – Tipologias Tecnológicas Específicas de Enfermagem

FONTE	TECNOLOGIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM						
	TECNOLOGIA DO CUIDADO	TECNOLOGIA DE CONCEPÇÕES	TECNOLOGIA INTERPRETATIVAS DE SITUAÇÕES DE CLIENTES	TECNOLOGIA DE ADMINISTRAÇÃO	TECNOLOGIA DE EDUCAÇÃO	TECNOLOGIA DE PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO	TECNOLOGIA DE MODOS DE CONDUTA
REBEn	23	04	08	07	11	03	19
SENPE	01	01	02	0	0	01	02
CEPEEn	05	21	17	11	13	08	18
TOTAL	29	26	27	18	24	12	39

Em relação à distribuição desse quadro classificatório, observo que existe um destaque maior às tecnologias de modos de conduta (39) e em frequência menor as tecnologias de processos de comunicação (12) e de administração (18). Enquanto que as outras tecnologias, ou seja, as de educação (24), de concepção (26), interpretativas de situações de clientes (27) e do cuidado (29), possuem uma distribuição relativamente semelhantes entre as diferentes possibilidades do trabalho específico da enfermagem.

Ao produzirem estas tecnologias, os enfermeiros precisam preocupar-se com as conseqüências que as mesmas possam trazer, não só do ponto de

vista técnico, da eficácia do ato de sua competência profissional, mas o que isso pode acarretar na vida do sujeito como um todo, se pensarmos que um dos elementos mais importante para a formação de um sujeito, com sua história, é o processo de emancipação de todos os tipos de dominação, ou seja, ideológica, do trabalho, religiosa, entre outros.

Cabe destacar que existem casos em que esta emancipação pode estar restrita, por mais que uma tecnologia seja eficaz numa situação de emergência. Trago o exemplo de uma situação de epidemia, em que, nessas situações, é esperada uma diminuição do grau de liberdade com que os sujeitos podem atuar, com que a sociedade pode atuar. Havendo uma epidemia, é normal que haja uma imposição sobre os sujeitos no modo de comportamento. A vacinação ilustra bem o que pretendo dizer, ou seja, ela é obrigatória, há processos restritivos, sociais, normas legais, que restringem a liberdade do sujeito.

No entanto, em situações onde não há constrangimentos de emergências, de situações de epidemias, de calamidades, onde a comunidade precisa ser coordenada, não se pode pensar que os sujeitos não tenham poder sobre suas próprias vidas. Cabe aos profissionais de enfermagem, na produção de tecnologias, sejam elas de modos de conduta, processos de comunicação, educação, interpretativas de situações de clientes, concepções, administração e do cuidado, aceitando que em determinados momentos da vida social haja restrição da liberdade, não levar esta restrição a todos os momentos da vida das pessoas.

Enquanto profissional, é necessário perceber que, na vida cotidiana normal, quanto mais o sujeito apresentar os elementos da emancipação, ou seja, quanto mais tiver consciência crítica, liberdade, exercício da cidadania e autonomia, mais ele é um *ser humano*, ator, construtor de sua própria história e não um mero expectador do processo de viver.

Para a construção de tecnologias específicas de enfermagem, é necessário aos profissionais utilizarem a arte e a prudência. Orem (1985: 144) assim se refere a esses elementos: *“a arte se preocupa como criar sistemas de assistência de enfermagem e cuidado. A prudência de enfermagem se*

preocupa como fazer isto ou aquilo em determinados momentos, sob a luz do próprio conhecimento da situação”.

As cento e doze tecnologias específicas de enfermagem analisadas e classificadas de um total de 1533 trabalhos, no Brasil, ainda é incipiente. Orem (1985) se manifesta, dizendo que a enfermagem e a educação em enfermagem são afetadas pela ausência de formalização das tecnologias essenciais à prática profissional. É necessário um esforço considerável para organizar o conhecimento disponível, em uma forma que possa ser aplicada e testada em situações de prática de enfermagem.

A classificação das tecnologias demonstrada no QUADRO 9 é uma tentativa de organização daquilo que a enfermagem vem produzindo dentro da temática sobre tecnologia.

4.2 – EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Feita a classificação das tecnologias específicas da enfermagem, a mesma foi avaliada para verificar o seu potencial emancipatório. Para tanto, utilizei-me dos componentes⁶ emancipatórios construídos anteriormente no referencial teórico, ou seja, a emancipação como sendo um processo que ocorre no ser humano e que se constitui pelo exercício da **consciência crítica, cidadania, liberdade e autonomia**, com os quais está interrelacionada a questão ética.

Primeiramente, após a re-leitura dos textos, foram retirados os elementos do discurso emitido, que se referissem a um desses quatro componentes, demonstrando, com isso, quais eram as tecnologias com conteúdo emancipatório, conforme se observa no QUADRO 10.

⁶ São considerados componentes os quatro conceitos principais do constructo de emancipação, ou seja, consciência crítica, cidadania, autonomia e liberdade, e elementos os conceitos que foram surgindo nos discursos das proposições tecnológicas que compõem cada componente.

QUADRO 10 - Potencial Emancipatório apresentado nas Tecnologias de Enfermagem propostas

FONTE	TECNOLOGIAS COM POTENCIAL EMANCIPATÓRIO	TECNOLOGIA SEM POTENCIAL EMANCIPATÓRIO
REBEn	44	08
SENPE	06	0
CEPEEn	51	03
TOTAL	101	11

Das cento e doze tecnologias avaliadas, portanto, cento e uma propostas apresentavam potencial emancipatório, porque continham elementos que indicavam algumas das características entendidas como de emancipação, tais como: cidadania, consciência crítica, liberdade e autonomia; enquanto que as outras onze tecnologias foram consideradas sem potencial emancipatório, pois no seu conteúdo emitido não se evidenciaram indicação ou interesse na busca de experiências emancipatórias dos sujeitos envolvidos.

Portanto, a maioria dessas tecnologias apresentou uma preocupação, talvez inconsciente, do profissional, em ter alguns componentes e elementos emancipatórios. Lembremo-nos que, embora uma tecnologia, por si só, não seja emancipatória, ela pode possibilitar este processo, mas também produzir situações alienantes.

Nos trabalhos avaliados, pude perceber que, em relação à natureza e domínio do trabalho de enfermagem, hoje, encontra-se uma diferenciação entre ela e as outras áreas, porque procura construir uma prática com o objetivo de promover uma assistência integral ao sujeito e não somente ao seu corpo biológico, até então sendo conduzida pelas práticas médicas.

Ora, à medida em que se amplia o conceito de assistência, é necessário supor, também, uma ampliação do conceito de saúde, em que o contexto social, econômico, político, cultural, ecológico são importantes. O que, então, aconteceu em relação a esta ampliação do conceito de saúde e qual sua repercussão para a enfermagem? O enfermeiro precisa perceber, enquanto profissional, que o sujeito, que carrega em si uma doença no corpo, possui também uma história social. Esta história social implica ao sujeito uma necessidade da consciência de si, do próprio corpo, consciência do seu

trabalho, das conseqüências deste trabalho sobre sua saúde, consciência sobre sua vida de relações.

Isso implica que a enfermagem teve que apropriar-se não só de um saber técnico, mas teve que apropriar-se, também, de um saber filosófico, que conduz para uma preocupação sobre os valores da sociedade e, entre esses valores, entra toda a questão emancipatória, através dos componentes relacionados entre si, quais sejam do exercício da cidadania, da consciência crítica, liberdade, autonomia e também da busca da ética e da estética. Aqui, resgato novamente, as palavras de Leopardi (1994: 180), para que os profissionais de enfermagem encontrem *“um sentido humano para o trabalho, de modo que ao produzirmos riquezas não produzamos junto a morte do prazer, da vitalidade, da ética, da estética e da liberdade”*.

Outro ponto a ser considerado na produção das tecnologias específicas de Enfermagem é a grande influência, inicialmente, segundo Gonçalves (1986: 67), da Clínica, uma das tecnologias médicas mais importantes, caracterizada

pela individualização do normal e do patológico, ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico; pela ruptura das conexões sociais desse homem e consigo mesmo; por uma concepção da saúde e da patologia/doença contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo.

Atualmente, a enfermagem procura buscar, na Epidemiologia, como outra tecnologia da medicina, alguns pressupostos na construção de suas tecnologias. Gonçalves (1986: 131 e 133), apresenta características operacionais em relação a ela, dentre as quais:

toma a saúde na sua dimensão coletiva como objeto de conhecimento; é capaz de produzir na prática um saber dotado dessas mesmas características (dimensão coletiva); ela apreende as dimensões sociais do objeto de modo indireto e adjetivo; oferece um suporte teórico-prático para o controle das epidemias e desenvolve instrumentos: indicadores de freqüência, que podem levar

à construção de quadros mais ou menos amplos de descrição do estado de doença coletivo.

Portanto, em toda esta análise, que é parte do processo reflexivo que a enfermagem vem realizando sobre o processo saúde-doença, quais as relações entre a subjetividade e a objetividade da vida concreta, que levam os profissionais a assumirem, cada vez mais, o compromisso com a formação do sujeito. Pode, dessa forma, nascer daí esta preocupação com a emancipação dos sujeitos. Não se pode pensar na formação do sujeito consciente e autor da sua história, da sua saúde e de sua vida, sem que ele procure emancipar-se de todas as espécies de dominação, inclusive do próprio Sistema de Saúde, onde ele é um ser muitas vezes sem nome, sem história. Este sujeito precisa resgatar sua identidade, ter história, ser autor, e não somente expectador da vida.

Talvez, aqui se possa encontrar uma explicação de porque encontrei, na maioria das tecnologias analisadas, discursos com possibilidades emancipatórias, apresentando, com isso, uma preocupação deste rompimento de sujeição, na busca de um novo sujeito. Alguns a colocaram, talvez, de forma consciente e outros sem se darem conta do impacto que poderia haver com suas propostas.

Não é possível afirmar que todos os trabalhos não analisados não contenham potencial emancipatório. O meu objetivo, volto a frisar, foi procurar os componentes e elementos emancipatórios naqueles trabalhos que foram considerados tecnologias. É de se supor que, em todo o processo de reflexão, em outros trabalhos, em muitos deles, haja uma consideração sobre estas questões, em várias formas, momentos, características, enfocando ora um, ora outro componente, uma vez que, tradicionalmente, a enfermagem tem sido, ultimamente, construída numa base de questionamento e transformação do sistema de saúde.

Porém, tendo as tecnologias encontradas os componentes e elementos de discurso emancipatório, ela por si só não irá emancipar, porque depende das pessoas estarem abertas e envolvidas para que isso ocorra. Não se emancipa

ninguém e, sim, aponta-se caminhos, auxilia-se, mas a decisão é do sujeito, querer ou não emancipar-se. A tecnologia em si não é emancipatória, mas ela possui um potencial emancipatório, porque ela pode conduzir a determinadas práticas, que vão proporcionar ao profissional e à clientela condições para que isso ocorra.

Inicialmente, feitas estas considerações sobre os resultados demonstrados no QUADRO 11 e conforme apresentado no Capítulo do Caminho Metodológico, foi construída uma lista de elementos emancipatórios selecionados nas leituras, no projeto de tese e no próprio corpo de dados, os quais permitiram o esboço dos que estavam incluídos nos quatro componentes emancipatórios.

De acordo com esta etapa, na exploração dos dados, muitas vezes os registros dos extratos escolhidos nos textos continham informações que permitiam associação com mais de um componente emancipatório, de modo que foram repetidos, tanto em relação a este como para o profissional e clientela, quando se referia a ambos. Assim, obtive o seguinte resultado, registrado no QUADRO 11, onde se pode observar que as características dos textos não são homogêneas, ora apresentando todos os componentes emancipatórios adotados, ora apresentando alguns deles, de modo que somente quarenta e dois contém indicações mais consistentes de perspectivas emancipatórias, enquanto em setenta trabalhos encontrei poucas indicações.

QUADRO 11 – Classificação do Potencial Emancipatório das Tecnologias

POTENCIAL EMANCIPATÓRIO	FONTE				TOTAL	%
	CEBEn	CEPEEn	SENPE	REBEn		
Potencial emancipatório pleno	-	18	00	01	19	16,97
Potencial emancipatório mediano	-	13	02	08	23	19,65
Potencial emancipatório mínimo	-	15	03	18	36	33,03
Potencial emancipatório restrito ao profissional	-	04	00	13	17	15,18
Potencial emancipatório restrito à clientela	-	01	01	04	06	5,35
Potencial emancipatório não evidenciado	-	03	00	08	11	9,82
TOTAL GERAL					112	100,00

Como se pode observar no QUADRO 11, do total das cento e doze tecnologias avaliadas, cento e uma (90,18%) possuem algum potencial emancipatório e onze (9,82%) não apresentaram dados que evidenciassem esse potencial. Deste total, dezenove (16,97%) tecnologias possuem potencial emancipatório pleno, ou seja, em seus discursos foram evidenciados os quatro componentes emancipatórios, exercício da consciência crítica, da cidadania, da liberdade e de autonomia. Com potencial emancipatório mediano, isto é, quando na tecnologia analisada foram encontrados no mínimo três desses componentes, tanto para o profissional quanto para a clientela, concomitantemente, obtive um total de vinte e três (19,65%) proposições tecnológicas. O potencial emancipatório mínimo foi encontrado em trinta e seis (33,03%) dos casos, quando na tecnologia analisada foram encontrados menos de três elementos emancipatórios. O potencial emancipatório restrito ao profissional ocorreu em dezessete (15,18%), quando da análise da tecnologia foram encontrados dados que evidenciaram os componentes emancipatórios trabalhados somente em relação ao profissional. Em relação ao potencial emancipatório restrito à clientela, foram observados seis (5,35%) das proposições que evidenciaram componentes emancipatórios trabalhados em relação à clientela, exclusivamente.

Diante desses resultados, penso que houve uma preocupação nos trabalhos, de uma forma geral, com um novo sujeito, com características de emancipação. Em várias proposições tecnológicas, houve uma tendência emancipatória, ora somente do profissional, ora com respeito à clientela e, em outras situações, com ambos. Das tecnologias encontradas e que fizeram parte deste trabalho, foi relativamente pequeno o número de tecnologias que não evidenciaram nenhum potencial emancipatório. Essa evidência pode estar relacionada à minha limitação pessoal e, em muitos casos, pelo fato dos trabalhos terem sido apresentados resumidos.

Após a realização desta etapa de classificação, destaco a importância dos profissionais, que estejam na construção de tecnologias com possibilidades emancipatórias, estarem atentos para que as mesmas contemplem o profissional e a clientela nos quatro componentes que compõem a emancipação

e que foram apresentados durante todo este estudo, ou seja, que realmente se pense numa tecnologia emancipatória plena.

Na leitura dos textos, fui destacando parágrafos ou sentenças indicadoras de proposição emancipatória, considerando esses quatro componentes gerais do processo emancipatório e apontados na estrutura teórica assumida nesta tese. Ao todo, selecionei 937 unidades de registro, as quais foram classificadas, de acordo com o quadro de componentes, culminando na distribuição apontada na Tabela a seguir.

TABELA 1 - Distribuição dos Componentes Emancipatórios

COMPONENTES	FREQÜÊNCIA	%
Consciência crítica	305	35,55
Cidadania	366	39,06
Liberdade	75	8,01
Autonomia	191	20,38
TOTAL		100,00

Observando os dados acima, há um destaque, ou seja, as tecnologias com possibilidades emancipatórias concentram-se em discursos que apresentam os componentes de exercício da cidadania (366-39,06%) e da consciência crítica (305-32,55%) e, com menor freqüência, exercício de autonomia (191- 20,38%) e de liberdade (75 - 8,01%).

Mesmo havendo uma discrepância entre os dois primeiros, em relação aos dois últimos, não consigo imaginar esses componentes isolados, mas sim interligados e imbricados mutuamente. A questão posta aqui é que, no discurso dos proponentes, consciência crítica e cidadania aparecem de forma explícita e recorrente, ou seja, em muitos momentos da apresentação textual da tecnologia. De um modo geral, os conceitos de liberdade e autonomia têm sido pouco explorados na literatura internacional e nacional, quase sempre admitidos como aspectos referidos mais à busca subjetiva do que à experiência coletiva.

Por outro lado, pode ter sido considerado que são decorrência da própria expansão da consciência e da propriedade de cidadania.

Estes componentes, com seus respectivos elementos, serão descritos, analisados e discutidos, conforme representados nas Figuras 3, 4, 5 e 6 e ilustrados com alguns exemplos de fragmentos dos discursos encontrados nas proposições tecnológicas analisadas e que expressam possibilidades emancipatórias.

Os elementos que compõem as figuras em seus respectivos componentes emancipatórios, foram surgindo no decorrer da leitura dos textos, não estando, portanto, determinados '*a priori*'.



Figura 3 - Resultados em relação ao componente emancipatório da consciência crítica e seus elementos

A Figura 3 representa a capacidade do ato de pensar, com suas múltiplas dimensões. A interrogação caracteriza a consciência crítica, que questiona os aspectos da realidade concreta e, a partir disso, pela sua apreensão, impregna todos os seus sentidos, permitindo a escolha de ações que se constituem nos vários elementos que estão representados.

Em relação ao componente emancipatório **exercício da consciência crítica**, apareceram trezentos e cinco registros⁷, a partir das proposições consideradas como tecnologias. Como observado pela Figura 3, vários elementos foram surgindo no decorrer das leituras realizadas, em relação a esse componente. Apresentaram maior destaque os elementos intervenção transformadora (55), integralidade (53), instrumentalização para a ação (53) e desejo de transformação (42). Com menores índices, ficaram os elementos consciência-histórico-político-ecológica (36), consciência profissional (36) e responsabilidade (30).

A consciência crítica é um dos componentes importantes, porém não o único, para que aconteça a emancipação dos seres humanos. A consciência crítica, por si, não é suficiente para transformar a realidade interna (o eu do sujeito) e a externa (o mundo em que vive). Portanto, a consciência crítica começa a ter um significado, a valer mesmo, a partir do momento em que os profissionais de enfermagem e a clientela assumirem o compromisso de mudar a práxis, a situação criticamente entendida e avaliada pelo processo da reflexão-ação-reflexão.

Neste sentido, Freire (1980: 28) coloca que *“quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, graças ao compromisso de transformação que assumimos”*. Esta postura contínua de conscientização permite, segundo o mesmo autor, ‘des-velar’ a realidade, procurando desmascarar sua mitificação e chegar à plena realização do trabalho humano, com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas.

⁷ Foi considerado registro, cada citação das proposições tecnológicas avaliadas que anunciassem algum componente ou elemento emancipatório. Houve casos em que uma citação abrangia mais de um componente ou elemento.

Vejo, na produção de tecnologias emancipatórias, possibilidades dos profissionais de enfermagem e clientela, com esta busca, se tornarem sujeitos ativos, em prol de uma sociedade mais justa e humana.

Nos discursos emitidos nas proposições tecnológicas, foram considerados incluídos no **elemento integralidade** todos aqueles tópicos que se referiam à não fragmentação do sujeito, tanto do profissional de enfermagem, quanto da clientela a quem se presta assistência. Apareceram cinquenta e três registros, nos quais percebi uma preocupação por parte dos profissionais de enfermagem em visualizar e prestar uma assistência mais globalizada às pessoas. Detecto esta nova busca de um cuidado integral, como uma forma de romper com a concepção mecanicista da vida, na qual a influência do paradigma cartesiano resultou no modelo biomédico, fazendo com que os profissionais de saúde considerassem o corpo humano, conforme Capra (1982: 181-116), *“uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças, a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos e que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular”*.

Neste modelo, o papel dos profissionais é intervir, física e quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.

Embora esta abordagem reducionista da vida, por um lado, ainda tenha influência bastante marcante na práxis da enfermagem, por outro lado, ocorre a busca de uma acepção holística e integral, ou seja, aquela em que o ser humano é visto como um sistema vivo, cujos componentes estão todos interligados e interdependentes, em interação contínua com seu meio ambiente físico, psicológico, cultural, social, econômico, espiritual e político, sendo constantemente afetado por eles, mas podendo também agir sobre eles e transformá-los.

Acredito que evocar um discurso de assistência integral, globalizada, holística, é muito mais fácil, o difícil e complexo é colocá-lo em prática. Nesta questão da integralidade, alguns questionamentos surgem, dentre eles: será que é possível prestar o cuidado abrangendo todos os aspectos nesse tipo de

abordagem? Há preparo para isso? O que se deve fazer para atingir tal objetivo? Minha perspectiva é que estamos caminhando ao encontro dessa integralidade, pois não seria possível buscar, sem ter-se esperança. Através da utilização de fichas, onde é anotado todo o acompanhamento realizado, é possível uma assistência global e contínua, por parte dos profissionais de enfermagem. A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis em que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. Uma das condições necessárias é a segurança do profissional em não tornar verdade aquilo que é suposição ou probabilidade.

Outro aspecto, que pode ajudar a ver o ser humano em sua integralidade é o planejamento do relacionamento terapêutico, que inclui estratégias de assistência dentro do contexto em que a pessoa esteja inserida. Um dos pontos, também considerado importante para o cuidado integral, é que os profissionais de enfermagem precisam compreender a natureza do campo humano em constante evolução e interação com o campo ambiental.

É interessante que o elemento integralidade esteja inserido na consciência crítica, porque permite que o enfermeiro e clientela tenham, em primeiro lugar, conhecimentos que fazem parte de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, para, posteriormente, chegar às ações transformadoras integralizadas e mútuas, ou seja, relacionando seres humanos-contexto-seres humanos, visando sempre a busca de sua humanização. Portanto, este compromisso com a humanização da pessoa implica, segundo Freire (1979: 18), *“uma responsabilidade histórica, que não pode realizar-se através do palavreiro, nem de nenhuma outra forma de fuga do mundo, da realidade concreta, onde se encontram os homens”*.

Nos discursos a seguir, está ilustrada, em parte, esta nova busca de cuidado.

... deve ser compromisso dos profissionais propiciar às crianças condições de crescimento e desenvolvimento

normal e equilíbrio emocional, atentando para uma assistência sistematizada e individualizada, percebendo a criança como um todo e em constante interação com o ambiente dinâmico do hospital, ou seja, holisticamente (Pinheiro, Lopes, 1993: 128).

... a elaboração de um modelo de ficha para o acompanhamento da assistência de enfermagem à parturiente se presta também à continuidade da assistência no próprio centro obstétrico, favorecendo a assistência global à parturiente (Oliveira, 1991: 108).

... o planejamento do relacionamento terapêutico devem incluir estratégias visando atender o paciente globalmente, inclusive em suas necessidades físicas, visando sua problemática sócio-familiar numa perspectiva dinâmica (Fraga et al., 1986: 96).

... o enfermeiro necessita em primeiro lugar, compreender a natureza do campo humano em sua evolução rítmica e em sua dinâmica em relação com o campo ambiental. A assistência de enfermagem, implica em considerar o cliente em sua totalidade e em seu processo dinâmico de interações com o meio ambiente (Silva, 1990: 90).

No elemento **intervenção transformadora** foram consideradas todas as ações que levassem a alguma transformação da realidade. Tudo que se constituía como a interdisciplinaridade foi considerado neste item pela possibilidade de uma nova organização da assistência, considerando-se a complementaridade de saberes, aparecendo cinquenta e cinco registros. Como dito anteriormente, a consciência crítica, por si só, não implica em transformação. É necessário que haja intervenção transformadora para completar o ciclo do conhecimento-consciência crítica-intervenção transformadora.

Há grande diferença entre intervenção reiterativa, que repete rotinas pré-estabelecidas, e a intervenção que tem por finalidade transformar um objeto, (seja qual for sua natureza) de acordo com finalidades desejadas, admitida a premissa da mutabilidade infinita e constante do universo.

Neste sentido, trago as palavras de Freire (1979: 21), ou seja, que “*não é possível um compromisso autêntico se, àquele que se julga comprometido, a realidade se apresenta como algo dado, estático e imutável*”. É necessário que

esta realidade seja algo concreto, em constante evolução e movimento, podendo ser transformada. Deve existir uma reflexão das pessoas envolvidas no processo, face à realidade, captando-a e fazendo-a objeto de seus conhecimentos, portanto, possuindo uma consciência crítica, observando vários aspectos desta realidade, em seu sentido amplo e profundo. Outro exemplo de intervenção transformadora é aquela que permite a reflexão das pessoas, a partir de subsídios que favoreçam a compreensão de sua imagem corporal.

A intervenção transformadora não é necessariamente individual, ela pode ser construída coletivamente, através da conscientização, a qual exige que os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece.

É necessário, para que seja efetivada a consciência crítica, a intervenção transformadora, aquela que pode 'lavar nossa alma', contaminada por tanta pobreza, conflitos e tristezas que o mundo apresenta, com o 'espírito' de paz, alegria, amizade e fraternidade irradiada. A intervenção transformadora pode ser um acontecimento em que o ser humano mostra todas as suas virtudes e, na enfermagem, ela pode objetivar-se no cuidado terapêutico, na administração da assistência e na educação para a saúde.

O processo de ação educativa transformadora, como aquela que ajuda a construir uma consciência crítica, é instrumento que permite a intervenção transformadora. Os discursos abaixo, exemplificam estas questões.

... foram implementadas ações que visam, em primeiro lugar, estimular o cliente a refletir sobre a sua responsabilidade no processo saúde-doença, sobre as disritmias do seu campo de energia, que se constituam interferências na sua relação com o campo ambiental, sobre a importância da sua participação efetiva no processo terapêutico (Silva, 1990:111).

... ajudar é a essência da assistência de enfermagem deste modelo e significa criar condições, através da transmissão de conhecimentos e informações, para a reflexão sobre os comportamentos da cliente e da enfermeira. Ajuda, ainda, é cuidar do corpo da cliente e possibilitar à mulher refletir sobre o seu auto-conceito e

sua imagem corporal, considerando o seu corpo, sem a mama (Vieira, 1991: 47).

... o compromisso com a transformação se manifesta na construção coletiva do conhecimento, isto é, de que o processo de pesquisa participante, quando usado pelo povo poderia conduzi-lo a uma conscientização que, por sua vez, possibilitaria uma prática política organizada e transformadora (Castellanos e Salum, 1988: 43).

... após o processo de ação educativa, verificamos que, de um modo geral, houve uma radical mudança de opinião, visão e conhecimento sobre o parto. Foi quebrada a barreira do desconhecido, dando-se às gestantes a consciência do processo de parturição, no que se refere ao conhecimento teórico, desmistificando as idéias criadas pelo ambiente cultural, onde estão inseridos (Costa, 1990: 66).

No elemento **responsabilidade** foram considerados todos os discursos que se relacionavam também com compromisso do profissional e clientela, sendo encontrados 30 registros. A responsabilidade significa uma inovação no padrão ético do profissional e clientela, do compromisso que a profissão tem buscado e que se traduz e evidencia em inúmeras proposições dentro dos textos lidos.

Paterson e Zderad (1979: 21) nos colocam que “a *auto-consciência, sensibilidade, auto-aceitação e realização das potencialidades permite aos profissionais compartilharem com os outros, de modo que eles possam entrar em relação com os outros*”. Este compartilhar, que leva a uma tomada de decisão, está expresso nos exemplos abaixo. O elemento responsabilidade, também se destaca pelo compromisso que o profissional possui na defesa dos direitos da clientela, bem como oferece alternativas de cuidado em prol de uma vida saudável. Também deve ser atitude da clientela, pois, quando existe a co-responsabilidade, o compromisso com a construção de uma assistência à saúde que tenha por base a afirmação da vida e da dignidade se torna ainda maior. Onde não existe responsabilidade e compromisso dos profissionais e clientela, dificilmente existirá consciência crítica. Ambos devem comprometer-se com o homem concreto, com a causa da humanização e de sua libertação, nas ações que lhe são próprias em seu cotidiano.

Trago algumas passagens para ilustrar este elemento.

... a enfermagem (enfermeira) é a parte da equipe de saúde que mais tempo permanece junto ao paciente cabendo a ela, portanto, a maior reponsabilidade sobre a observação global da criança bem como a avaliação do observado, para a tomada de decisão (Claro, 1993:55).

... é de responsabilidade do enfermeiro e de toda a equipe de saúde partilhar o máximo de informações técnicas possíveis com o idoso, de tal forma que ele possa participar conscientemente da tomada de decisão (Santos, 1990: 39).

...a enfermeira, considerada como parte do ambiente do cliente e de sua família, tem papel primordial na defesa dos interesses do cliente e na busca de formas de cuidar que facilitem o processo de viver e experenciar a doença (Silva, 1993: 107).

...o ensino deve partir de uma situação prática ou de um problema encontrado pelo aluno. Esse fato ajuda o aluno a assumir maior responsabilidade pelo seu aprendizado e adquirir uma consciência crítica (Soubhia, 1990:56).

No elemento **consciência histórico-político-ecológica** foram apresentados trinta e seis registros e incluídos todos os discursos que demonstraram, de alguma forma, em relação ao profissional ou à clientela, que, indicavam um compromisso com a questão histórica, com uma causa política e que também estivessem relacionados à questão do meio ambiente, no sentido de uma mentalidade auto-exo-formada, de modo que a emergência do sujeito só tenha sentido pela experiência coletiva da justiça, do bem, da verdade e do belo.

A consciência crítica abarca, assim, o conhecimento e criticidade histórica, política e ecológica que o ser humano apresenta. Freire (1979) diz que a conscientização é um compromisso histórico e consciência histórica, isto é, a inserção crítica na história implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. O mundo está intimamente relacionado com a sua vida. Portanto, exige que os seres humanos criem a sua existência

com o material que a vida lhes oferece, preservando-o, para as gerações futuras melhor do que encontrou.

A consciência histórica inclui o reconhecimento da própria temporalidade e espacialidade, na busca da satisfação das necessidades materiais, corporais, espirituais, como também das necessidades de amor, de beleza, de gozar do respeito dos semelhantes, de ter suas crenças, de sonhar e de ter esperança. A construção da consciência histórica é uma conquista humana, por essa sua peculiar característica de guarda da memória das gerações passadas.

A consciência política é aquela em que os seres humanos sabem identificar os problemas que os circundam e buscam soluções, contendo o horizonte da potencialidade humana. Segundo Demo (1991), a qualidade política refere-se ao relacionamento do homem com a natureza, através, sobretudo, do trabalho e da tecnologia. É aquela que trata dos conteúdos da vida humana e sua perfeição de viver. A consciência política inclui uma versão justa dos direitos e deveres dos seres humanos.

A consciência ecológica do ser humano é aquela em que demonstra acreditar que o meio ambiente influencia e faz parte do seu processo de viver, no seu desenvolvimento não predatório, mas em ressonância e complementaridade, pela compreensão tanto de sua particularidade quanto de sua generalidade, enquanto pessoa e espécie.

Portanto, a consciência histórico-político e ecológica só existe porque é criada pelo ser humano, na sua história e em sua cultura e isto deve ser considerado tanto pelos profissionais como pela clientela, na relação terapêutica. A consciência histórico-político-ecológica também inclui a práxis que o profissional desenvolve na sociedade, proporcionando a construção de caminhos, através da re-construção do saber sistematizado, em prol da melhoria dos problemas da realidade concreta, enfocando-se aqui aqueles relacionados à saúde das pessoas.

Um aspecto a considerar deste elemento, portanto, focaliza uma mentalidade prevencionista do meio ambiente, que só surgirá quando os indivíduos perceberem, por eles mesmos, seus papéis nesse processo.

Observei que os enfermeiros estão preocupados em suas proposições tecnológicas em incluir esta dimensão, junto às outras, facilitando, com isso, o processo de emancipação.

Vejo, nas palavras de Candau *et al.* (1996: 76), algo que pode ajudar na reflexão desse elemento, tanto para os trabalhadores, quanto para a clientela, quando dizem que “*o conceito de viver em harmonia com a natureza garante a sobrevivência do homem enquanto espécie, e precisa estar embutido na cabeça de todas as pessoas no futuro. E o futuro começa a ser construído agora*”. De uma ou de outra forma, os exemplos abaixo, refletem este tipo de consciência.

... o enfermeiro deve desenvolver uma ação que reúna competência técnico-científica, administrativa e política, no sentido de considerar a clientela em sua realidade concreta e histórica (Barros, Christóforo, 1993: 102).

... o ser humano é concebido, no âmbito de suas relações sociais e culturais, com as diferenciações de gênero enquanto ser feminino ou ser masculino e também ser singular, ao vivenciar contextualmente cada uma de suas relações com o meio ambiente. É também um ser histórico, intencional, biológico, poético e ecológico que está dinâmica e continuamente em interação com seu meio ambiente e que busca e atribui um significado à sua existência, com capacidades infinitas a explorar para decidir, enfrentar e transformar a realidade, construindo continuamente a si mesmo e a sua história, criando no seu cotidiano a sua própria arte de viver (Alonso, 1994: 38).

... na medida em que se pretende ser, cada enfermeiro consciente de sua prática social, é preciso tornar-se capaz de reelaborar, o melhor possível, o saber sistematizado já existente na sociedade em que se vive, além de pensar e agir de modo a captar a realidade enquanto processos a fim de capacitar-se a sua transformação (Andraus, 1990: 2).

... se os homens forem tomando conhecimento dos problemas oriundos de uma utilização irracional do planeta, e, ao mesmo tempo for aumentando o número de indivíduos criticamente conscientes desse problema, as transformações de nossa realidade ambiental, terão grande chance de alcançarem um estado cada vez mais próximo da preservação (Takayanagui, 1993: 81).

No elemento **instrumentalização para a ação** foram encontrados cinquenta e três registros. Foi considerado neste item tudo aquilo que proporcionava facilitação, conhecimento e orientação ao cliente e profissional e que refletisse nas condições de melhorar o cuidado e a assistência a ser prestada. A instrumentalização para a ação é estratégia que auxilia na construção do caminho emancipatório dos sujeitos e faz parte da consciência crítica, pois este caminho não pode vir de fora, como sendo imposto ou doado, mas sim, conquista subjetiva, com a auto-construção. A instrumentalização serve para a domesticação ou para a conquista da libertação, conforme sejam suas características, principalmente na perspectiva ética assumida.

Almeida e Rocha (1989: 24) apontam que o cuidado de enfermagem

comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber de enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumento e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente.

Portanto, o saber é considerado como um dos instrumentos que os profissionais de enfermagem utilizam para realizar o seu trabalho, instrumental este legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática.

Os discursos abaixo apresentam a utilização de artefatos como instrumental, auxiliando a equipe de enfermagem na prestação do cuidado e assegurando um maior conforto à clientela. Outras características da instrumentalização para a ação são a competência, persistência, a paciência e a boa vontade dos membros da equipe de enfermagem, para a promoção da independência da clientela, na busca do processo de uma vida saudável. O saber de enfermagem inclui os meios dos profissionais realizarem o diagnóstico interpretativo das situações que a clientela possa apresentar, auxiliando, com isso, num planejamento de assistência mais eficaz. Portanto, o diagnóstico de enfermagem é uma forma instrumental para o cuidado, assim como a interação terapêutica, os saberes compartilhados, a habilidade e destreza, manejo de equipamentos e assim por diante.

A instrumentalização faz parte da consciência crítica, porque ela permite que haja a intervenção necessária, neste caso, auxiliando na construção e libertação dos sujeitos. Encontro nas falas a seguir, a ilustração para esse elemento.

... o aparelho permite que a enfermagem possa efetuar as mudanças de decúbito necessárias ao paciente, proporcionando-lhe maior conforto e garantindo a estabilidade da articulação, tanto na sua abdução quanto na sua movimentação, protegendo o paciente de luxação (Valério, Ventura, 1993:344).

... a espátula pupilômetro testada demonstrou atender satisfatoriamente as características propostas a um instrumento para medida pupilar, pela confiabilidade, facilidade de confecção e baixo custo, inocuidade para o paciente e facilidade encontrada por parte do enfermeiro (Sousa, 1989:47).

... a competência continuada dos membros da equipe, a persistência, a paciência e a boa vontade para promoção da independência do paciente devem ser a estratégia presente para o bem-estar individual e familiar. Valoriza-se a motivação demonstrada pelo paciente e as demais pessoas envolvidas no processo de autocuidado, destacando suas atitudes firmes para o fortalecimento de esperanças e das possibilidades da cura, enfatizando com positivismo todo e qualquer sinal de progresso alcançado, realizando também avaliações periódicas com o paciente (Zanchetta, 1990: 41).

... o diagnóstico de enfermagem pode se tornar um recurso para a identificação de padrões de respostas da cliente e para o estabelecimento de um planejamento global da assistência de enfermagem, visando o autocuidado (Cruz, 1993: 104).

No elemento **desejo de transformação** aconteceram quarenta e dois registros. Nesse item, foram considerados os discursos emitidos que apresentavam alguma forma de proposição que permitisse a transformação da assistência. O desejo de transformação, talvez seja o primeiro passo para a construção da consciência crítica. O anseio e a aspiração são aspectos primordiais que devem emergir do interior de cada pessoa, na busca de uma

visão crítica da realidade, para uma ação transformadora, objetivados pela comunicação, admitida aqui como simétrica e mutuamente compreensível.

Algumas características como a preocupação dos profissionais de saúde em minimizar os efeitos negativos que a separação familiar e ambiental possa trazer à clientela em tratamento, a importância da honestidade e clareza de conduta no relacionamento enfermeiro-cliente, pode desenvolver uma maior confiança e segurança junto àquelas pessoas que recebem a assistência, pela busca de uma melhor assistência de enfermagem em suas várias dimensões, isto é, numa visão integral dentro de um contexto sócio-econômico-político-cultural, ecológico e biológico, quando fazem parte do desejo de transformação.

Reconhecer que todo o ser humano tem um potencial de sabedoria e capacidade de aprendizagem e que, a partir do encontro consigo mesmo, com os outros e com o mundo em que vive, ele pode enfrentar os desafios da vida e transformar a realidade. O desejo de transformação, numa consciência crítica, procura mostrar os primeiros momentos do dinamismo da ação de planejar, em que os profissionais e clientela devem ser os principais articuladores do processo de emancipação, numa atitude livre e consciente, pela qual buscam transformar o mundo, tornando-o mais humano e mais digno, estando ilustrado a seguir.

... torna-se evidente a preocupação dos profissionais de saúde no sentido de assistir à criança e à família, em situação de doença, de modo a minimizar os efeitos negativos de um trauma devido a separação da família e de seu ambiente, para qualquer tratamento (Duarte et al., 1987: 74).

... pretendemos com todas as informações prestadas, estabelecer um relacionamento enfermeiro-paciente baseado na honestidade e clareza de conduta e de propósitos a fim de desenvolver a confiança e a segurança do paciente de modo que ele estivesse sempre informado sobre o presente e o futuro de nossa conduta e pudesse planejar conosco o seu tratamento (Fernandez, 1988:112).

... resta à enfermeira ter em mente os aspectos do desenvolvimento da criança e assim prestar uma melhor assistência de enfermagem, não devendo apenas ficar nos cuidados físicos, mas sim na implementação para o

apoio e orientação de técnicas educativas e lúdicas que permitam preparar, reconhecer e compreender as necessidades desse ser tão dependente de nós (Silva, 1995: 74).

... todo o ser humano tem o seu saber e potencialidades para aprender, é motivado a buscar conhecimento pelas suas necessidades e expectativas e é através do encontro consigo próprio, com os outros seres humanos e com o mundo que ele descobre, se fortalece para enfrentar os desafios da vida e transformar a realidade (Alonso, 1994: 36).

O elemento **consciência profissional** congregou os discursos que enfocavam a questão da postura e competência profissional, sendo observados trinta e seis registros.

Certas circunstâncias exigem dos profissionais de enfermagem determinadas posturas, às quais não podem recusar-se a assumir, porque se impõem como necessárias. O profissional deverá ser exigente, isto é, não se contentar com pouco, sua formação deverá ser de um intelectual atuante no processo de transformação. É no cotidiano das práticas que estamos fazendo a história da enfermagem brasileira. A competência técnico-científico-política e o compromisso devem fazer parte da consciência profissional e esta, por sua vez, fazer parte da consciência crítica.

Na consciência profissional está também incluído o respeito à vida e aos direitos do outro, o que envolve habilidades, no modo que ouvir, falar e agir que fazem parte do cotidiano de atuação do enfermeiro, como uma específica mentalidade do que lhe compete no mundo do trabalho. Para que possa alcançar a consciência profissional, o enfermeiro deve reconhecer seu objeto, instrumentos e finalidades específicas quanto à realização de mais saúde e bem-estar das pessoas que demandam seus cuidados. A sensibilidade profissional é outra qualidade importante, pois ela permite o estar aberto para perceber e atuar nas situações que exigem dele qualidade formal e qualidade política.

A consciência profissional é importante, no sentido de intervenção para mudanças do modelo assistencial de enfermagem, e consiste, também, em

sensibilizar a clientela para que o modelo empregado possa visar a qualidade da assistência. Entendo que faz parte da consciência profissional os esforços para o desenvolvimento de tecnologias que reflitam o compromisso com a melhoria das condições de saúde e de vida da clientela. Nas ilustrações abaixo, estão exemplificadas estas idéias.

... o cuidado com famílias disfuncionais é complexo, exigindo do profissional consciência das dificuldades, dos riscos e das possibilidades implicadas no processo. Faz-se necessário a compreensão de que somos 'seres em devir'. Só podemos nos realizar, plenamente, se desenvolvermos a competência para o agir comunicativo que envolve as habilidades onde ouvir e falar reflexivamente, visando o entendimento sobre algo do mundo (Varela et al., 1994: 16).

...o enfermeiro deve desenvolver uma ação que reúna competência técnico-científica, administrativa e política, no sentido de considerar a clientela em sua realidade concreta e histórica (Barros, Christóforo, 1993: 102).

... o cliente foi considerado o ponto central nesta prática assistencial e o respeito à sua vida e aos seus direitos foi a premissa maior que norteou todas as decisões e as ações de enfermagem. Isto foi possível através da competência, da justiça, da honestidade, da responsabilidade e do comprometimento do enfermeiro com a integridade e com o crescimento (Alonso, 1994: 89).

... é importante a nossa sensibilidade profissional para identificar e atuar nas áreas onde as necessidades estejam mais presentes, atualização técnica quanto aos protocolos terapêuticos por meio de participação em reuniões científicas, para discussões e decisões dos casos dos pacientes, e o preparo emocional para tomadas de decisões frente aos questionamentos (Zanchetta, 1990: 63).



Figura 4 - Resultados em relação ao componente emancipatório da cidadania e seus elementos

A Figura 4 procura retratar alguns aspectos do exercício de cidadania, tais como o direito à moradia, educação, alimentação, trabalho, amor, lazer, saúde, solidariedade, nacionalidade. As figuras, com bordas próximas, significam que essas diversas dimensões da cidadania são relacionadas e complementares. Estão também representados os elementos que emergiram das proposições tecnológicas avaliadas.

Em relação ao componente emancipatório **exercício de cidadania**, apareceu um total de trezentos e sessenta e seis registros, cujos elementos, conforme ilustrado na referida figura, destaque: as relações éticas (64), conforto e cuidado (48), solidariedade (39), bem comum (33), participação (33), reciprocidade (30), segurança preservada (29). E, com menores índices estão: luta coletiva (26), exercício dos direitos (21), eqüanimidade (20), reabilitação para a vida social (11) e auto-realização (11).

O exercício da cidadania é para ser praticado todos os dias, em todos os lugares, em diferentes situações, com variadas finalidades. Precisa-se considerar a cidadania como um avanço cultural e social, consciente e sistemático, resultante de uma melhor educação e de um maior amadurecimento da nação como um todo. Disso, deverá resultar melhor qualidade de vida, mais oportunidade de progresso e realização profissional, menor ocorrência de antagonismos grupais, diminuição de riscos sociais, tais como: desemprego, criminalidade, desagregação familiar, etc.

O exercício da cidadania implica mais participação pessoal na família, nos grupos, na comunidade, o que possibilita satisfazer necessidades de convivência social e satisfação pessoal pelas contribuições derivadas dessa participação.

Portanto, o exercício da cidadania compreende a diversidade dos direitos que o indivíduo tem ao desempenhar as mais diversas funções no tecido social, do ponto de vista individual e coletivo. Neste sentido, introduzida a idéia do direito coletivo, constrói-se a noção do dever, como idéia do limite do direito do sujeito.

No cotidiano dos profissionais de enfermagem e da clientela, o conhecimento dos seus direitos e o reconhecimento dos seus deveres (sociais,

culturais e políticos), são alguns aspectos necessários para garantir o princípio de cidadania.

Sou consciente de que muitos enfermeiros, apesar de enfrentarem situações as mais adversas, estão empenhados em construir novos caminhos (tecnologias com possibilidades emancipatórias) para a enfermagem, no nosso país. Sei que se trata de um enorme desafio, mas acredito na construção individual e coletiva, na postura ética e no dinamismo emergente de uma cidadania ativa e comprometida.

O elemento **auto-realização** congrega todos os discursos em que se focalizava a realização pessoal e profissional, tanto do enfermeiro, como da clientela, aparecendo onze registros que não deve ser confundido com a ocultação e acomodação pelo ajustamento dos indivíduos às condições sociais. E, sim, deve ser uma busca constante da satisfação de suas necessidades, de trocas de conhecimento, amor mútuo. A consulta de enfermagem pode proporcionar um espaço para que isso ocorra, desde que sustentada no pressuposto da diversidade humana e na admissão mútua dos valores do outro.

O exercício da cidadania que leva à auto-realização pode ser desenvolvido em qualquer momento e ambiente do cotidiano, entretanto, é necessário que as pessoas permitam que isso aconteça. A auto-realização das pessoas gera uma harmoniosa relação interpessoal e um clima de autoconfiança. A educação continuada, voltada para a formação de uma consciência que promova a justiça e os direitos humanos, é outra característica da cidadania.

A cidadania, que congrega a auto-realização, aparece, segundo Ferreira (1993: 17), como o *“resultado da comunicação intersubjetiva, através da qual indivíduos livres concordam em construir e viver numa sociedade melhor”*. Acredito que nas construções de outras proposições tecnológicas, os profissionais devam preocupar-se mais com sua auto-realização e de sua clientela, pois nos trabalhos estudados este elemento apareceu muito pouco. Os exemplos, a seguir tentam elucidar o que relatei.

... a consulta de enfermagem propicia ao idoso condições de saber e trocar conhecimentos vivenciados e isto ocorrendo é gratificante para o cliente e para o profissional (Campedelli, 1989: 26).

... o cotidiano se apresenta como espaço adequado para que o profissional enfermeiro e o sujeito realizem um trabalho na busca do desenvolvimento da cidadania plena, de uma consciência crítica (Wendhausen, 1992: 130).

... a pessoa harmoniosa na família, o funcionário satisfeito na função, desempenhará seu trabalho de forma eficiente/eficaz. Esse desempenho gerará um clima de autoconfiança que, por sua vez, se refletirá na harmonia das relações interpessoais (Varela et al., 1989: 45).

... a educação continuada aperfeiçoa a prática de enfermagem no hospital e dá uma motivação profissional à categoria (Ricardi et al., 1990: 44).

O elemento **segurança preservada** foi expresso nas tecnologias em que apareceram as formas de assistência, os programas e recursos terapêuticos utilizados pelo profissional e clientela e que sustentam a eliminação da iatrogenia. Apareceram vinte e nove registros.

O exercício da cidadania também é caracterizado pela preservação da segurança, isto é, o compromisso que profissionais e clientela devem possuir para a construção de uma sociedade que tenha por base a afirmação e preservação da vida e da dignidade de toda a pessoa humana. A preservação da segurança deve ser uma prática que instiga e proporciona alegria e emoção, porque acolher a vida é comprometer-se, protegendo-a de ameaças, denunciando suas violações, afirmando-a e multiplicando experiências de promoção de sua plenitude, o que provoca felicidade e se torna paixão. Observei uma preocupação da preservação da segurança por parte dos profissionais, quando prestavam cuidados à clientela. É importante, para a preservação da segurança, o ensino e a explicitação do porquê realizar determinada ação.

É fundamental proporcionar um ambiente tranquilo e favorável para que as pessoas se envolvam e se comprometam no processo de cuidar. A segurança também é preservada e faz parte da cidadania, quando esta

oportuniza apoio, conforto às pessoas, em vários momentos do processo terapêutico. Consciente de sua situação no mundo e na sociedade, os profissionais de enfermagem e a clientela buscam no outro o seu interlocutor. Como exemplos das situações encontradas, apresento os registros a seguir.

... a ministração de medicamentos com o máximo de segurança para o paciente e para o profissional é um requisito de grande importância na prática da enfermagem (Nascimento, Cançado, 1991: 18).

... na medida em que se desenvolviam as técnicas, foi de singular importância transmitir, ensinar e explicitar ao cliente hanseniano as alterações de sensibilidade, favorecendo assim, descuidos e conseqüentes lesões acidentais (Contreas, 1990: 82).

... é muito importante proporcionar um clima onde o cliente sinta a atenção da enfermeira voltada para ele. Isso ajuda o paciente a envolver-se ativamente no seu processo de cura, e isso se faz, também através da educação para a saúde (Chida, 1990: 18).

... todas as formas possíveis de apoio, conforto e segurança deverão ser oferecidas ao paciente, uma vez que a fase inicial do tratamento é marcante para a sua adaptação e participação consciente nas diversas etapas da terapêutica (Zanchetta, 1990: 18).

O elemento **eqüanimidade** abrange aqueles discursos que tratam do acesso igualitário das pessoas, unicidade, imparcialidade, autenticidade entre sujeitos e consigo mesmo, apresentando vinte registros.

Freire (1979: 27) já dizia que o homem

pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: que é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca.

A eqüanimidade, no exercício da cidadania, coloca todos os indivíduos diante das possibilidades terapêuticas, de modo que nenhum tipo de discriminação seja produzida.

O acesso à educação é uma característica básica da equânimidade dos sujeitos e representa um desafio comum de toda a sociedade que deseja desenvolver-se de forma ativa, na conquista da cidadania. Os exemplos abaixo vêm ao encontro deste elemento, quando consideram o homem como um ser único e inconcluso em seu processo de viver.

... ser humano é um ser singular, inconcluso, que criando, re-criando e transformando a si próprio e a seu mundo, busca continuamente ser mais em suas relações e em sua orientação de vida expressando-se assim sua arte de viver. É um ser da ação e da reflexão, o que o torna capaz de, em certo momento, distanciar-se de seu mundo para refletir sobre ele, sobre sua forma de ser/estar nele e com ele, de modo a visualizar as limitações e desafios à sua busca do ser mais (Madureira, 1994: 19).

... defender direitos universais e equânimes de saúde e de cidadania, enquanto princípios básicos na construção da democracia, é uma postura que deve ser própria de todos aqueles que se propõem a trabalhar com adolescentes não cidadãos ou com outros grupos socialmente excluídos (Hirata, 1995: 142).

... a educação ambiental, quanto à educação em saúde, cujo objetivo deve ser a construção de novos valores e atitudes que permitam o desenvolvimento, em nível individual e coletivo, de conceitos e hábitos de cidadania compatíveis com a conservação da qualidade do ambiente e com equidade social (Takayanagui, 1993: 73).

... quanto mais próximo do ambiente cotidiano dos indivíduos, forem desenvolvidas as ações educativas, mais eles se sentirão libertados das relações normativas e autocráticas, que os oprimem dentro das instituições e, assim estarão mais à vontade e próximos de seus problemas, necessidades e experiências, para participarem ativa e criticamente do seu próprio processo educativo, como uma autêntica experiência existencial em busca de mais saúde, num genuíno exercício de cidadania (Alonso, 1994: 193).

O elemento **bem comum** se refere aos discursos que apresentam condições sociais que possibilitam a participação e promoção do bem-estar, tanto aos profissionais quanto à clientela. Foram apresentados trinta e três

registros. A tomada de decisão feita conjuntamente entre profissionais e clientela visa o bem comum, para a melhoria da saúde. Neste processo, o bem, apresentado como virtude da comunidade, no sentido de que os seres humanos, em seu desenvolvimento, transcendem moralmente o estrito domínio da realidade presente, passa a ser concebido como algo intrinsecamente justo, se relativo aos participantes dessa comunidade, onde o desejo de ser e ter mais só é moral, portanto, se comum. O direito à informação é um exemplo de um bem comum, no exercício da cidadania.

O compartilhar entre profissionais e clientela de suas crenças, valores pessoais e profissionais, que juntos buscam meios alternativos para o processo de viver, a relação de respeito ao direito individual e de grupo, representam alguns aspectos de expressão do exercício da cidadania. Portanto, o bem comum é algo que os profissionais em suas proposições tecnológicas devem prever para, junto com a clientela, exercitarem a cidadania. Veja estas referências, nos exemplos a seguir.

... no ambiente terapêutico, os profissionais devem promover a interação, participação conjunta e tomada de decisões em comum (Fraga et al., 1986: 97).

... o enfermeiro como educador pode atuar junto às agências e veículos de comunicação de massa fornecendo informações corretas e material adequado para ser divulgado à população, respeitando as características dos diferentes públicos. Por isso, a importância da utilização de um referencial metodológico para o desenvolvimento destes programas de educação em saúde está em privilegiar efetivamente os princípios de participação do público-alvo favorecendo a discussão racional das controvérsias de grande interesse do público (Meneghin, 1993: 89).

... a promoção e a proteção ao bem estar, a segurança e a autodeterminação das participantes individualmente e do grupo como um todo, foram perseguidos em todos os momentos do desenvolvimento deste trabalho. Procurou-se fortalecer os recursos pessoais e coletivos para o desenvolvimento de suas potencialidades, no sentido de disporem de estratégias de enfrentamento mais eficazes no enfrentamento dos desafios com que se defrontam nesta fase da vida. Isto ocorreu, numa relação de respeito

ao direito individual e do grupo em decidir sobre si mesmos, seus propósitos de vida e suas metas de saúde, foram respeitados, da mesma forma, o pudor, a intimidade e a privacidade destas mulheres primogênitoras nas discussões que se realizaram durante os encontros (Alonso, 1994: 91).

... a enfermeira interage junto aos clientes compartilhando suas crenças, valores pessoais e profissionais, associados aos seus conhecimentos e habilidades técnicas. Juntos, cliente/família e enfermeira selecionam os meios alternativos para atingir os objetivos e metas propostas em comum e dessa forma buscam a condução por um processo de um viver total no âmbito familiar (Pelzer, 1993: 45).

O elemento **participação** congrega as proposições tecnológicas cujos discursos emitem também a questão da integração, interesse e relações de comunicação de uma forma horizontal, auxiliando para que ocorra uma participação ativa do profissional e clientela, sendo observados trinta e três registros. Sua prática envolve a satisfação de outras necessidades, tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas, como a valorização de si mesmo pelos outros. O ser humano só desenvolverá seu potencial pleno numa sociedade democrática, que permita e facilite a participação de todos, por isso, esse elemento é uma característica importante do exercício da cidadania.

Bordenave (1983: 16) assim se expressa sobre a participação: “é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo”. Ele diz que a participação não é um conteúdo que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente. Não é uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento. Entretanto, a participação consiste numa vivência coletiva e não individual e que pode ser aprendida numa práxis grupai. Portanto, participação é um ato processual de conquista, do sujeito na construção coletiva.

Participação é exercício democrático, descreve Demo (1988). Através dela, aprendemos a eleger, a deseleger, a estabelecer rodízio no poder, a exigir

prestação de contas, a desburocratizar, a forçar os mandantes a servirem à comunidade. É tarefa, também, formar autênticos representantes da comunidade e, para isso, requer extrema criatividade de todos os envolvidos no processo participativo.

Toda vez que a clientela participa como membro ativo (facilitador) no planejamento e execução de uma atividade ou processo, torna-se co-responsável do seu sucesso ou fracasso. A habilidade de participar cresce rapidamente, quando existem oportunidades de praticá-la. Imagino quão imensa é a contribuição que os grupos constituídos de clientes podem oferecer em favor da cidadania, participando, aprendendo, atuando em benefício de questões próprias de suas comunidades, buscando esclarecer assuntos que lhes interessam, com o suporte de profissionais qualificados.

A qualidade de participação fundamenta-se na informação veraz e oportuna. Isto implica num contínuo processo de criação de conhecimento dos profissionais e clientela sobre si mesmos e sobre seu ambiente. Para que isso ocorra, é necessária a abertura de canais informativos confiáveis e desobstruídos, para que os sujeitos envolvidos tenham diálogo e acesso à informação.

Participação sendo conquistada, também consiste em compromisso, envolvimento e compartilhamento. Por isso, o enfermeiro, tendo um maior conhecimento sobre a essência do cuidar nas ações prestadas à sua clientela, deve envolver-se e participar efetivamente da assistência à mesma, dentro de uma perspectiva ampliada, educando e compartilhando com ela dos seus conhecimentos, para alcançar determinados objetivos culturais, econômicos, sociais ou políticos ou influir de maneira direta ou indiretamente nos poderes públicos para, num futuro bem próximo, tentar garantir uma melhor qualidade de vida.

Os profissionais de saúde, quando permitem que a clientela participe no cuidado, estão educando também para o exercício da cidadania. Os desafios são muitos e se tem um horizonte infinito de expectativas, consubstanciado na esperança e nutrido da dignidade social de todos. Encontro isso expresso nos seguintes discursos.

... uma das condições a que me mantinha atenta era de participante, que, aos poucos, solidificava meu espaço como membro do grupo, conferindo-me papéis que, em seu conjunto, não poderia perder de vista a condição de facilitadora, haja vista que era precisamente o que justificava meu 'status' de participante (Dall'Agnol, 1993: 68).

... o desenvolvimento da participação na prática assistencial de enfermagem requer a ampliação do arsenal de suportes sociais, dentre eles, os grupos construídos como organização coletiva de clientes a fim de instrumentalizar a aprendizagem do processo participativo (Vieira, 1991: 203).

... a orientação e as demonstrações devem ser pautadas nas reais condições do cliente, de sua moradia e das dificuldades de apreensão demonstradas, nas áreas cognitivas, psicomotora e afetiva para o bom aproveitamento e a efetiva participação no autocuidado (Luce et al., 1990: 43).

... a essência do cuidar contida nas ações básicas enfatiza o envolvimento e a participação direta do enfermeiro na assistência, possibilidade única de conhecimento e domínio da pluralidade situacional, inerente à problemática da assistência holística ao paciente (Zanchetta, 1990: 101).

O elemento **relações éticas** foi considerado em relação aos discursos que indicassem o direito, ao profissional e clientela, de orientação, educação e justiça. Foram obtidos sessenta e quatro registros. Foi o que teve maior destaque nos discursos emitidos nas proposições tecnológicas emancipatórias avaliadas, demonstrando, com isso, que houve uma preocupação por parte dos profissionais de enfermagem com a questão ética, ou seja, as relações dos sujeitos e suas escolhas, para a construção de um mundo mais humano e justo, em que se ultrapasse o unilateral e se caminhe para a omnilateralidade.

Gelain (1995: 15) expressa que, hoje, a questão ética "*centra-se na pessoa com a valorização da conscientização para a conquista dos direitos e valores da cidadania, como responsabilidade ética*". Portanto, o comportamento

ético não deve se ater unicamente aos atos que favorecem o bem-estar da clientela, ou, por outro lado, que garantam a segurança dos profissionais, mas deve abranger ambos, entendendo que todos são atores sociais neste processo, com responsabilidades, direitos e deveres de cidadãos. Nas relações éticas, o respeito e o direito à informação asseguram maior tranquilidade na solução de problemas da clientela, favorecendo assim, o seu bem-estar. O direito e acesso que os sujeitos possuem de uma educação em saúde e ambiental para o desenvolvimento de capacidades, atitudes e ações, para melhoria da qualidade de suas vidas, também é um exemplo de relação ética. A melhoria da assistência de saúde e de enfermagem está relacionada, além da postura e competência profissional, com várias outras estratégias da sociedade, entre elas as políticas governamentais, que exercem influência direta sobre as ações de saúde desenvolvidas. Para se ter uma relação ética, é necessário que as políticas públicas ofereçam condições para o bem-estar integral dos sujeitos.

Assumir uma postura numa relação ética significa desenvolver, individual e coletivamente, uma consciência política e cidadã. Esta consciência envolve o respeito pelo ser humano em todas as suas dimensões, a busca incessante por melhores momentos, a construção da cidadania, sem esquecer as limitações determinadas pelo processo histórico. Assim, trago alguns exemplos para elucidar esta questão.

... a enfermeira deve manter a mulher informada sobre o progresso da dilatação e orientá-la sobre todos os procedimentos executados, a fim de diminuir sua ansiedade (Oliveira, 1991: 52).

... o educador, no processo educativo, deverá fornecer aos indivíduos recursos, para que eles possam perceber o desconhecido, buscar informações e soluções para o que lhe é significativo, tentando solucionar, dessa forma, os problemas com que possam deparar-se (Costa, 1990: 5).

... a educação ambiental, quanto a educação em saúde cujo objetivo deve ser a construção de novos valores e atitudes que permitam o desenvolvimento, em nível individual e coletivo, de conceitos e hábitos de cidadania compatíveis com a conservação da qualidade do ambiente e com a equidade social (Takayanagui, 1993: 74).

... políticas públicas que ofereçam condições para o bem estar integral podem reduzir as desigualdades sociais e econômicas, vindo portanto a estimular o desenvolvimento cultural e na medida que ofereçam justiça e liberdade dirigidas as necessidades do homem (Pelzer, 1993: 42).

O elemento **solidariedade** aparece nos discursos que apresentam relação de ajuda, colaboração, confiança, compartilhados por profissionais e clientela. Apareceram trinta e nove registros. A solidariedade foi outra característica que emergiu das proposições tecnológicas estudadas, compondo também o exercício da cidadania. A solidariedade se manifesta em nível comunitário em ações que visam a identificação dentro de um ambiente, de relativa igualdade, da ajuda entre as pessoas que se vinculam, por uma série de laços, amizade, afeto, compreensão, colaboração, sensibilidade, confiança, amor, esperança, dentre outros.

A atitude de solidariedade não deve ser confundida com assistencialismo, que leva as pessoas a um sentimento de 'pena' e que torna os indivíduos seus dependentes eternos, com uma consciência alienada. A solidariedade implica em oferecer ajuda, sim, mas num sentido de auxiliá-los na sua libertação, para 'andarem' com seus próprios méritos.

Os profissionais de enfermagem tiveram uma preocupação com o elemento solidariedade em suas proposições tecnológicas. O momento da ação terapêutica é um espaço rico para o exercício da solidariedade entre as pessoas, num compromisso de humanização. Portanto, ser solidário é contribuir para o exercício da cidadania.

No momento em que os seres humanos compartilham seus saberes e experiências individuais e coletivas, em um contexto social, historicamente determinado, exercem uma práxis (reflexão-ação-reflexão) sobre esta realidade, na busca de uma intervenção que traga o verdadeiro compromisso com a qualidade de vida de todos. Então, se está experienciando a solidariedade.

O verdadeiro compromisso com o exercício da cidadania é sempre solidário e isso não pode reduzir-se jamais a gestos de falsa generosidade, nem tampouco ser um ato unilateral e, sim, um encontro entre profissional-clientela,

em prol de um comprometimento com uma vida digna. Nos exemplos abaixo, os autores expressam, em seus discursos, a solidariedade.

... solidariedade que implica em sensibilizar-se com os outros, preocupar-se com eles e oferecer-lhes ajuda (Dall'Agnol, 1993: 32) .

... o momento da ação terapêutica individual foi desenvolvido em um clima de confiabilidade e descontração, onde a gestante ficava à vontade para expressar suas dificuldades, sentimentos e expectativas o que favorecia a liberação de tensões. Assumíamos (enfermeira) o papel de terapeuta, escutando-a com interesse, identificando situações conflitivas e ansiedades geradas em torno da gestação, do parto, de seus problemas particulares (Costa, 1990: 44).

... a sua atuação específica como profissional deverá ser um 'meio' ou uma 'forma' de compartilhar seu saber específico, juntamente com outros profissionais, no conjunto com o sujeito das ações (coletividade, grupos, famílias, indivíduos) visando a: captação e interpretação da realidade de saúde dentro de um contexto social historicamente determinado, interferência nessa realidade e, com isso, ir reinterpretando a realidade e novamente intervindo sobre ela (Queiroz e Egry, 1988: 32).

... compartilhando saberes e vivências em grupo, os seres humanos aprendem não somente novas estratégias e habilidades para o enfrentamento das situações que vivenciam no momento, como também fortalecem-se para o enfrentamento a situações futuras (Madureira, 1994: 92).

O elemento **exercício dos direitos** engloba todos os discursos que apresentam os direitos civis, políticos e sociais que o ser humano deve assegurar, como, por exemplo, a humanização e qualidade da assistência. Foram encontrados vinte e um registros. O exercício dos direitos é outra característica de cidadania. Todos, profissionais e clientela, integrados, devem buscar formas para assegurar os direitos básicos, como educação, saúde, moradia, trabalho, alimentação, lazer, etc.

O direito à informação, tanto de profissionais, quanto da clientela, é vital para o crescimento pessoal e profissional. Manter-se informado e utilizar o

conhecimento em prol do bem coletivo, é exercitar a cidadania. Apesar de focar o exercício dos direitos como algo próprio da vida social, na prática, é algo complexo, muitas vezes, distante de ser cumprido. Por isso, os profissionais conscientizados precisam agir na defesa desses direitos e auxiliar para que se tornem em algo concreto. Os exemplos abaixo, enfocam esta mensagem.

... a saúde humana é compreendida como uma condição de bem estar do ser humano, resultante e expressada a partir de sua interação com o meio ambiente e com o processo de viver e, variável de acordo com a sua competência inata ou adquirida para enfrentar os desafios internos e externos de modo a alcançar a qualidade de vida a que tem direito enquanto cidadão (Alonso, 1994: 42).

... a enfermagem, assim como toda a equipe de saúde, tem o direito e o dever de conhecer medidas de biosegurança e conforto e o dever de proporcioná-los ao ser humano e sua família (Carraro, 1994: 27).

... os indivíduos têm direito de ter conhecimento sobre si mesmos, para poderem participar nas decisões que influenciam sua saúde e sua vida, incluindo a morte (Santos, 1990: 31).

...direito ao acesso de informações que contribuam ao exercício da profissão e de cidadania. Tem deveres e responsabilidades para com a organização representada pelo ambiente institucional, colegas, demais profissionais e usuários. Tem direito à dignidade no exercício profissional e em todas as relações que estabelecem com a instituição na qual ingressou e da qual faz parte (Dali' Agnol, 1993: 32).

O elemento **reciprocidade** envolve os discursos que apresentam a mutualidade e empatia entre os indivíduos envolvidos no processo. Foram observados trinta registros. O exercício da cidadania, implica em trocar, permutar com o outro. Reciprocidade contempla o dar e receber mútuo. Este elemento também foi encontrado nas proposições tecnológicas analisadas. O relacionamento terapêutico é um espaço para que se exercite a reciprocidade.

A qualidade assistencial ao cliente é atingida quando suas necessidades e expectativas forem atendidas. Para que isso ocorra, a equipe de enfermagem precisa estar envolvida. A interação profissional-clientela é importante para que haja crescimento, confiança e conquista de benefícios mútuos. A reciprocidade é característica do exercício da cidadania que se manifesta na interação entre sujeitos preocupados com o bem comum e está representado nos discursos a seguir.

... o relacionamento terapêutico como um processo de conhecimento e crescimento mútuo, inserido num período de tempo definido em que a enfermeira, embasada em conhecimentos prévios e metodologia específica, procura estabelecer condições externas e internas para que o cliente consiga enfrentar os problemas atuais e futuros com maior autonomia (Fraga et al., 1986: 96).

... a abordagem utilizada, adota o pressuposto que a qualidade assistencial ao paciente cirúrgico, só poderá ser atingida quando as expectativas e necessidades do paciente forem atendidas, sendo necessária que toda a equipe de enfermagem envolvida no atendimento deste paciente, em qualquer etapa, visualize as ações num contexto de continuidade, complementariedade e unicidade (Silva, 1994: 44).

... é o próprio indivíduo, através da interação enfermeiro-cliente, sob forma de contrato, com objetivos e benefícios mútuos, que irá deliberar sobre suas necessidades (Guimarães, 1990: 123).

... como ser social, interagindo com outros seres em uma mesma sociedade, a enfermeira constrói e compartilha representações. Este processo interativo enfermeiro-cliente, tem como objetivo a relação de ajuda onde a confiança é um elemento-chave para o processo desta relação (Vieira, 1991: 37).

O elemento **luta coletiva** consistiu em que nos discursos emitidos houve indicações de construção, interação e busca dos profissionais e clientela de uma melhor qualidade de vida, através da associação de grupos com objetivos comuns. Aos seres humanos cabe o desafio da difícil conciliação entre seus próprios interesses e os interesses coletivos, suas necessidades e

as necessidades dos outros, com o objetivo de lutar por uma sociedade democrática e com uma melhor qualidade de vida. Profissionais e clientela comprometidos com este objetivo devem lutar e construir coletivamente para atingir o mesmo. Apareceram vinte e seis registros desse elemento.

Para a transformação da realidade, profissionais e clientela necessitam estabelecer prioridades e objetivos para o desenvolvimento da consciência crítica e esta provocar ações para que isso se concretize. O envolvimento coletivo, através da reflexão e de atitudes compatíveis com um ambiente saudável é outra situação de luta. Quanto mais os profissionais e clientela se envolverem em lutas conjuntas por um mundo melhor e mais justo, maiores serão as chances de se ter uma vida saudável e feliz. Nas proposições tecnológicas, encontrei os seguintes exemplos.

... as ações de enfermagem devem articular o homem e as instituições sociais, ou seja, sistema de produção e suas conseqüências estruturais e conjunturais, com o objetivo de transformar as condições de saúde da população. Não podem ser desvinculados das instituições que prestam serviços de saúde e devem fomentar a reflexão e a crítica do modelo assistencial imposto em função do contexto político-econômico e ideológico da produção social, em busca da transformação social junto com a clientela com quem desenvolve seu trabalho (Ghiorzi, 1991: 93).

... a consciência crítica, deve levar o sujeito em última instância, a engajar-se de modo coletivo nas lutas pela melhoria da qualidade de vida, pela transformação no modo de produção da existência (Wendhausen, 1992: 124).

... trabalhadores de enfermagem junto com a família precisam estabelecer suas prioridades e objetivos para o desenvolvimento da consciência crítica do processo saúde-doença no real concreto do ser humano, possibilitando a transformação dessa realidade, a partir da identificação das contradições e mediações existentes entre fenômeno-essência; representações-conceitos. Também deve ser consideradas as situações concretas dos serviços de saúde, de modo que a assistência de enfermagem permita a família ativar mecanismos reguladores e corretivos frente aos padrões pré-estabelecidos nas relações público-privado, família-enfermagem, família-Estado. A participação ativa da família é um pressuposto

para que essa assistência se concretize (Ghiorzi, 1991: 95).

... devemos começar refletindo sobre nosso estilo de vida, assumindo, através da reflexão crítica e analítica, atitudes compatíveis com um ambiente saudável, isto é, pensar criticamente e agir, transformando aquilo que julgamos necessário, buscando envolvimento coletivo (Takayanagui, 1993: 150).

O elemento **reabilitação para a vida social** inclui os discursos em que se enfocam as diferentes formas de ajuda, por parte do profissional e da clientela, para a sua reintegração à sociedade, sendo observados onze registros. Reabilitação para a vida social deve ser um compromisso de todas as pessoas que não concordam com a exclusão do ser humano na sociedade. Auxiliar na reintegração dos indivíduos na sociedade é exercer a cidadania e preparar os familiares para receber o ser humano que estava afastado do seu núcleo familiar para tratamento é um modo de reabilitação. A assistência de enfermagem voltada para o indivíduo em sua globalidade, buscando metas e motivações para a sua recuperação, são ações que auxiliam na reabilitação para a vida social.

Quaisquer que sejam as condições que a clientela possa apresentar, os profissionais de enfermagem precisam ter em mente a reabilitação dessa na sociedade. Para tanto, é necessário que juntos possam estabelecer metas e planos para que isso aconteça. Portanto, faz parte do exercício da cidadania os profissionais de enfermagem auxiliarem, na sua práxis, os sujeitos sob seus cuidados a se reabilitarem para a sua reintegração na vida social. As ilustrações a seguir demonstram esta mensagem.

... preparar os familiares para o retorno do paciente ao núcleo familiar, visando a continuidade do tratamento, a manutenção de um clima favorável à recuperação do paciente e à sustentação emocional da família (Zanchetta, 1990: 30).

... essa forma de assistência (holística) demonstra para o cliente que existe o interesse em contextualizar o seu

quadro e dirigindo-o na busca de motivações para sua recuperação (Santoro, 1995: 43).

... a meta de enfermagem para a pessoa enterostomizada é promover a sua adaptação, diante dos estímulos que a envolvem interna e externamente (Vieira, 1991: 74).

... além de enunciar o diagnóstico, clientes e enfermeiros juntos planejam metas a curto, médio e longo prazo, ou seja, eles agem manipulando os estímulos provocadores de um ou mais comportamentos inefetivos, com a finalidade de promover a adaptação do cliente hanseniano à sua nova condição de vida (Contreas, 1990: 79).

O elemento **cuidado e conforto**, encontrado em quarenta e nove registros, refere-se aos discursos que traduzem as ações de enfermagem que levem ao bem-estar da clientela. Todo o cidadão tem o direito de receber o cuidado e conforto, da melhor maneira possível, de um profissional competente, como forma de exercício de sua cidadania.

Para Arruda (1995: 13), os atos de cuidar e confortar implicam

na busca de atenção às necessidades das pessoas, fazendo com que elas passem por um processo de cuidar em enfermagem com o mínimo possível de experiências negativas, valorizando esta profissão, não somente do ponto de vista tecnológico, mas também humano.

Neste sentido, percebi que os profissionais de enfermagem, em suas proposições tecnológicas, procuraram, desvelando o seu cotidiano, reinventar, recriar e revalorizar o ato de cuidar e confortar as pessoas sob seus cuidados, em várias dimensões.

Uma das formas de melhoria da assistência de enfermagem é através do exercício da educação continuada. Escutar com interesse, proporcionar um clima de confiabilidade e descontração, são algumas características importantes do processo de cuidar e confortar. Explicar o porquê de determinada ação à clientela, orientando-a, educando-a, faz parte do processo de cuidar e confortar.

O exercício da cidadania inclui, também, o direito e acesso que todos os indivíduos possuem em receber, através da sensibilidade e competência profissional, o cuidado e conforto necessários para o seu restabelecimento. Os exemplos abaixo demonstram que o enfermeiro pode, de vários modos, prestar o cuidado e conforto à clientela, dentre eles a orientação e estimulação para o relaxamento, através de técnicas de respiração e massagem para o conforto do ser humano, conforme apontado nos registros encontrados.

... a enfermeira obstetra deve orientar e estimular a parturiente a relaxar e a utilizar a técnica de respiração, fazendo-lhe massagem com a finalidade de aliviar a dor (Oliveira, 1991: 48).

... a educação continuada teve um papel importante na diminuição do número de amostras de uroculturas contaminadas, levando dessa maneira à melhoria da assistência de enfermagem e motivação profissional dos funcionários (Ricardi et al., 1990: 46).

... o momento da ação terapêutica individual foi desenvolvido em um clima de confiabilidade e descontração, onde a gestante ficava à vontade para expressar suas dificuldades, sentimentos e expectativas o que favorecia a liberação de tensões. Assumíamos (enfermeira) o papel de terapeuta, escutando-a com interesse, identificando situações conflitivas e ansiedades geradas em torno da gestação, do parto, de seus problemas particulares (Costa, 1990: 44).

... a orientação individual foi dada na hora do curativo, com demonstração da técnica, esclarecimento sobre a medicação, diluição do própolis, frequência das trocas dos curativos, observação de reações alérgicas e sensibilidade dolorosa (Bernardo et al., 1990: 103).



Figura 5 - Resultados em relação ao componente emancipatório de liberdade e seus elementos

A pomba representa a paz e o 'espírito' da liberdade. Suas asas são possibilidades de voar dentro do seu espaço, porque o contorno representa o limite de sua liberdade. Portanto, a liberdade é desenvolvida dentro do limite da possibilidade. Os elementos surgidos da análise das proposições tecnológicas também estão representadas.

Na Figura 5, podemos observar os elementos que surgiram das proposições tecnológicas do componente emancipatório do exercício de liberdade, tendo maior destaque: vivência cultural (15), vivência estética (15), limite e possibilidade (15) e independência (14). Entre os de menor destaque encontram-se: escolha de alternativas (10) e ação contra-hegemônica (6). No total, foram apresentados setenta e cinco registros.

Como visto anteriormente no referencial teórico, existem vários tipos e aspectos de liberdade, a econômica, a política, a do cotidiano, a moral, a do ponto de vista filosófico, entre outros. O exercício da liberdade humana consiste em pensar e agir livremente, pela consciência de suas possibilidades e capacidades, o que determina o âmbito de suas escolhas, sem o assédio ideológico, a coersão política ou religiosa ou ignorância do bem ou do mal que as condições com as quais lida pode lhe imputar.

Para Valls (1986), a liberdade, como possibilidade humana, está condicionada pelas possibilidades técnicas e pelas formações econômico-sociais. Acrescento, ainda, que além dessas possibilidades que dependem das formações sociais, a liberdade está também relacionada com as características do indivíduo e o grau de seu desenvolvimento integral.

Um importante fator de liberdade consiste em que o ser humano pode desejar, e a realização de seu desejo pode dirigir sua vontade, capacitando-o a atuar. Heller (1991: 213) refere que o "*conceito de liberdade na vida cotidiana expressa adequadamente a liberdade da vida cotidiana,*" ou seja, que a liberdade que se pratica no cotidiano é aquela que se reflete no conceito de liberdade.

O elemento **escolha de alternativas** se refere aos atos que indiquem opção, aceitação e ação própria do profissional e da clientela. Foram encontrados dez registros, nos quais está indicado que o profissional de

enfermagem competente busca, através da interação com a clientela e por meio do seu conhecimento, escolher a melhor alternativa de tratamento para a mesma. Para poder escolher, é necessário que profissionais e clientela tenham o conhecimento genérico da influência da interação com o meio ambiente em que vivem, dos eventos e estilos de vida, para se terem mais chances de alcance desta liberdade, não esquecendo, porém, da sua responsabilidade com o que faz. Para ocorrer um relacionamento humano autêntico e libertador entre profissional e clientela, é necessário que exista a preservação da liberdade de cada um dos envolvidos, a possibilidade de optar por rumos que levem ao crescimento da pessoa como cidadã.

A escolha de alternativas é uma característica importante do exercício de liberdade, porém, cada pessoa, diante das possibilidades que lhe são apresentadas, deve ter critérios originários da sua própria experiência ou do conhecimento a que tiver acesso, de modo que possa decidir por aquela que lhe propicie mais vida e mais saúde.

Dos registros encontrados, selecionei os que seguem para ilustrar a argumentação apresentada.

... à enfermeira é comumente delegada a tarefa de escolher o tratamento mais eficaz para a cicatrização de lesões de pele de vários tipos, desde leves dermatites de contato até profundas úlceras de decúbito (Monetta, 1987: 66).

... o conhecimento científico dos efeitos que o ambiente, os eventos e os estilos de vida exercem sobre o desenvolvimento humano, daria um alcance maior à liberdade humana, por propiciar uma base racional de opção e ação. O homem se faz a si mesmo através de escolhas esclarecidas que realçam sua condição humana (Takayanagui, 1993: 81).

... ser humano e ambiente são considerados sistemas abertos, cujos campos de energia específicos estão continuamente interagindo entre si. O ser humano é livre para interagir com o meio ambiente, mas é ao mesmo tempo responsável pela forma com o que faz (Silva, 1990: 81).

... o profissional necessita e deve preservar a sua liberdade pessoal, para poder optar por rumos que o levem à um bom desempenho profissional e também preservem a sua individualidade desejada, como pessoa e cidadão. Somente assim, poderá ocorrer um relacionamento humano autêntico e libertador, num genuíno encontro existencial entre a enfermeira/indivíduos ou grupos de trabalho (Alonso, 1994: 187).

O elemento **vivência cultural** congrega todos os discursos que designem o modo de viver do profissional e clientela, a respeito da sua história, das relações e do conhecimento que adquirem no meio ambiente em que convivem. Foram encontrados quinze registros.

A cultura é a expressão coletiva das crenças, valores, artes, hábitos que preenchem a vida dos seres humanos, dando-lhe significados compartilhados. É necessário não esquecer que cada ser humano é portador de determinadas qualidades, atitudes e dificuldades, que lhe são próprias, mas também encontra no mundo já existente, independente dele, com valores e crenças, constituindo um referencial cultural. O profissional, ao prestar assistência, necessita observar a 'bagagem' cultural que sua clientela carrega, respeitando-a e compartilhando com eles as chances de vivê-la com liberdade. A interação social, através da linguagem, possibilita ao ser humano codificar e expressar seu mundo, permitindo com isso, o exercício da liberdade, na medida em que pode compartilhar experiências subjetivas.

Por sua vez, ao interagir com a equipe de trabalho e com o ambiente, o profissional de enfermagem possui uma história de vida e experiências que vão influenciar no seu modo de perceber e lidar com as situações. A questão é complexa e, como diz Arendt (1992), se consuma somente quando o desejo e a possibilidade coincidem, o que me leva a pensar que, quanto mais intensa é a exclusão do sujeito em relação aos bens sociais, menos ele poderá viver a sua cultura.

A vivência cultural de cada um em particular e do coletivo, porém, influencia também, o exercício de liberdade, facilitando-a ou obstaculizando-a, na medida em que o desejo seja mais ou menos reprimido. Os discursos a seguir procuram ilustrar este elemento.

... os seres humanos nascem, vivem, tornam-se doentes, sobrevivem, experenciam rituais de vida e morrem dentro de uma rede de cuidados de referência cultural (Monticelli, 1994: 43).

... a enfermeira observa, descreve, documenta e analisa os valores, percepção do mundo, significados, crenças, a totalidade das experiências do ser humano num determinado espaço de tempo (Fernandes, 1988: 7).

... uma troca de conhecimentos se dá da interação social através da linguagem, que possibilita ao ser humano codificar a sua realidade e expressar as suas idéias, valores, crenças, atitudes, a partir de toda uma vivência social (Vieira, 1991: 37).

... cada profissional de enfermagem tem uma história de vida com repertório de experiências que lhe são únicas e peculiares. Traz consigo crenças, valores, conhecimentos, expectativas, sentimentos e emoções que o influenciam na maneira de perceber e lidar com situações, portanto, de interagir com a equipe de trabalho e com o ambiente (Dall'Agnol, 1993: 27).

No elemento **vivência estética** foram considerados aqueles discursos que manifestavam o modo de vida, os sentimentos, a arte e o potencial criador, tanto do profissional, quanto da clientela, sendo observados quinze registros.

A vivência estética manifesta-se, no cotidiano das pessoas, nos momentos de lazer, de trabalho, de relações, entre outros, tornando-se visível através de ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações próprias dos sujeitos, como entre o profissional e clientela.

A vivência estética, como também o seu conhecimento, envolvem conforme Chinn e Kramer (1995), os processos criativos de engajamento, intuição e visualização. O engajamento consiste no envolvimento direto do 'self' dentro de uma situação. A intuição leva diretamente a respostas criativas, em relação ao significado único do momento e à visualização de novas possibilidades de expressão.

Quanto mais profissionais e clientela experienciarem a vivência estética nos espaços de suas relações e ações, mais qualidade de vida e de saúde

eles terão. Esta preocupação, porém, foi apresentada de forma reduzida nas proposições tecnológicas analisadas, sendo aqui interessante frisar aos profissionais a importância e necessidade desse elemento ser incluído na construção de tecnologias emancipatórias.

O homem, como ser concreto, que se expressa ao mundo, com suas necessidades e possibilidades de ser, estar, querer, sentir, conhecer, fazer e de ter, manifesta, assim, um modo estético de viver, para proporcionar uma qualidade do processo saúde-doença-processo de viver. O profissional, ao propor algo, é necessário primeiramente entender as formas de expressões subjetivas e objetivas do sujeito.

A estética do cotidiano, conforme Ramos (1996), pode ser pensada enquanto modo de se realizar qualquer prática individual ou coletiva, o modo de acontecer do sujeito na prática. Neste sentido, por exemplo, a consciência ecológica é uma expressão de uma postura e vivência estética, que precisa ser cultivada durante todo o processo de viver.

A perspectiva *“do homem feliz com o trabalho, usufruindo sua atividade para consagrar sua criação”*, como diz Leopardi (1994:181) parece distante, ainda, com, o que se cria *“uma crise da subjetividade ...[que]... não significou acréscimo de consciência coletiva”*.

A problematização de situações do cotidiano de trabalho propicia aos profissionais de um grupo, um espaço para que eles, enquanto sujeitos, se desenvolvam e reconheçam por si mesmos e através do outro, sua expressão estética, subjetividade (ações, relações), permitindo aos profissionais e clientela mais um momento de exercício de liberdade, em benefício da sua emancipação, situações como as apresentadas a seguir.

... a qualidade do processo saúde-doença-processo de viver, depende da qualidade de vida do ser humano. Essa qualidade está diretamente relacionada ao atendimento de suas necessidades de ser, estar, querer, sentir, conhecer, fazer e de ter. É no corpo, concretude do ser humano, que se expressa ao mundo, que se desenvolvem suas necessidades e possibilidades (recurso) (Patricio, 1995: 97).

... no modelo proposto, o analista explora suas habilidades, criatividade, imaginação, estilo, estética, ritmo, raciocínio, sensibilidade, diálogo, expressão, destreza e outros (Erdmann, 1987: 23).

... a problematização de situações do cotidiano de trabalho propicia aos membros de uma equipe engajarem-se em uma proposta educativa dialógica, possibilitando-lhes avançar em algumas questões que dizem respeito ao desenvolvimento de si mesmos e à criação contínua de grupo, levando em conta a possibilidade de um 'estar junto' prazeroso, apesar da inevitabilidade de conflitos (Dall'Agnol, 1993: 28).

... a consciência ecológica, como qualquer outro tipo de consciência, não é algo que é construído a partir de um determinado momento, é uma postura que tem que ser cultivada ao longo de todo o processo de educação e socialização do indivíduo e possibilita a participação da comunidade no processo decisório (Takayanagui, 1993: 87).

O elemento **ação contra-hegemônica**, com seis registros, inclui todas as formas de ações e lutas que o profissional e clientela utilizam na transformação da realidade, pela proposição de projetos que reorganizem as relações com anulação de dominações ideológicas, numa lógica de compartilhamento.

Os profissionais de enfermagem e clientela comprometidos com a transformação devem realizar uma ação contra-hegemônica, para se opor aos valores dominantes em nosso meio e para conseguir um espaço de liberdade política.

Esta preocupação esteve presente nos discursos das proposições tecnológicas avaliadas, mas, ainda, em número reduzido, expressando, talvez, a dificuldade que se tem em transformar a ordem estabelecida, uma vez que, para se ter uma ação contra-hegemônica, é necessário conhecer criticamente a realidade em que se está inserido, estar inconformado e insatisfeito com ela, para propor e buscar ações que venham em benefício da coletividade e subjetividade (ações, relações), permitindo aos profissionais e clientela mais um momento de exercício de liberdade, em benefício da sua emancipação. Para

isto, os indivíduos precisam ter algum controle sobre sua vida, livres da consciência ingênua, através do conhecimento crítico, a partir de seu cotidiano.

Uma ação contra-hegemônica é a defesa e garantia dos direitos universais e equânimes de saúde e de cidadania para todos os seres humanos, na construção de uma sociedade democrática, contra todas as tentativas de imposição de uma ordem hierarquizada nas relações. Exercitar a liberdade numa ação contra-hegemônica é permitir que o indivíduo possa desempenhar as mais diversas funções no tecido social, do ponto de vista individual e coletivo, situações como as apresentadas a seguir.

... convém lembrar que para criar alguma coisa de valor em benefício do ser humano, é preciso inconformismo, insatisfação com a realidade tal como ela está, além de despreendimento e muita ousadia (Campestrini, 1991: 62).

... as ações de enfermagem devem articular o homem e as instituições sociais, ou seja, sistema de produção e suas conseqüências estruturais e conjunturais, com o objetivo de transformar as condições de saúde da população. Não podem ser desvinculadas das instituições que prestam serviços de saúde e devem fomentar a reflexão e a crítica do modelo assistencial imposto em função do contexto político-econômico e ideológico da produção social, em busca da transformação social junto com a clientela com quem desenvolve seu trabalho (Ghiorzi, 1991: 93).

... uma das formas de proporcionar ao indivíduo a compreensão do fenômeno saúde-doença, ampliando a possibilidade de transformá-lo, é proporcionar-lhe conhecimento crítico deste processo, partindo de sua vivência cotidiana. A educação em saúde é dentro desta perspectiva, o processo de aprendizagem que possibilita ao indivíduo compreender as relações entre o processo saúde-doença, seus determinantes e a realidade em que vive (Wendhausen, 1992: 51).

... defender direitos universais e equânimes de saúde e de cidadania, enquanto princípios básicos na construção da democracia, é uma postura que deve ser própria de todos aqueles que se propõem a trabalhar com adolescentes não cidadãos ou com outros grupos socialmente excluídos (Hirata, 1995: 142).

O elemento **limite e possibilidade**, com quinze registros, demonstra que nos discursos apresentados estão inseridos aspectos, de uma ou de outra forma, estabelecendo que o ser humano, para ter liberdade, está condicionado, também, a ter limites do contexto em que vive, assim como apresenta possibilidades para a ação e transformação do mesmo.

Heller (1991) descreve que a liberdade no indivíduo não depende somente dele, mas também da liberdade do outro. O ato de liberdade do indivíduo é realmente 'livre,' quando através dele se realiza, ou ao menos não é obstaculizada a liberdade dos outros. Estas palavras da autora leva a confirmar que o limite e possibilidade fazem parte do exercício de liberdade, ou seja, minha liberdade vai até a liberdade do outro.

Para possibilitar um clima de liberdade à clientela, no momento da educação para o autocuidado, o profissional necessita cultivar um ambiente favorável, descontraído e humanizador para permitir que suas potencialidades possam emergir. O processo de liberdade se configura num processo de perdas e ganhos, trocas e conquistas, acumulando alegrias e frustrações, fantasias e sentimentos, por isso a importância do profissional na implementação e aderência dos componentes do cuidar-cuidado eger estratégias e técnicas participativas e que possam auxiliar no processo emancipatório.

A implementação de um projeto de intervenção da realidade, na busca de uma transformação da práxis social e política da enfermagem, possui seus limites e possibilidades para a libertação dos sujeitos. Mas, segundo Ferreira (1993), é da essência mesma da liberdade recusar a inércia e impulsionar o homem para o mundo.

Limite e possibilidade são dois pólos que permitem ao ser humano movimentar-se e expressar sua liberdade, pensando e agindo. Como ilustração, observa-se os registros abaixo.

... a liberdade de ser, estar, fazer e ter é uma possibilidade, um recurso de todo o ser humano, mas está limitada pelas suas relações sociais, em especial por padrões culturais da família, por limitações político-econômicas e por todo o processo de educação do

cotidiano formal e informal no qual está inserido (Patricio, 1995: 201).

... as intenções do autocuidado necessitam de um ambiente (intra, inter e extrapessoal) descontraído e humanizador, onde possibilite um clima de liberdade com responsabilidade, permitindo a fluidez das potencialidades tanto da aprendizagem, como da restituição do organismo, para que o cliente ou clientela possa ser mais saudável (Santos, 1990: 97).

... a eleição de estratégias e técnicas participativas, para a implementação e aderência dos componentes do cuidar-cuidado, sugere conhecimentos de abordagens emancipatórias capazes de motivar uma crítica de cunho político-social a partir de situações surgidas no e com o próprio grupo (Hirata, 1995: 140).

... a implementação do projeto de intervenção da realidade concreta, é a práxis transformadora, social e política da enfermagem. É o momento da intervenção consciente de suas limitações, mas também consciente de seu compromisso social e político com a família (Ghiorzi, 1991: 112).

O elemento **independência** abarca os discursos que anunciam as potencialidades que o profissional e clientela possuem, dando-lhes liberdade para agirem, sendo observados quatorze registros.

Como anteriormente visto, o exercício de liberdade inclui os limites e possibilidades. Dentro da possibilidade está a capacidade de profissionais e clientela agirem num espaço de independência. O profissional de enfermagem possui conhecimentos e habilidades para agir independente de outros profissionais. Portanto, o profissional de enfermagem, como ser humano, possui também o dúplice dom da liberdade de ação, podendo construir uma realidade que lhes pertence de direito, de acordo com as exigências apresentadas pela clientela.

Por outro lado, tornar-se independente da ajuda do outro também permite maior expressão de liberdade, mesmo que para isso seja necessária a ajuda de um artefato, para garantia de certas faculdades físicas restritas, em função da enfermidade.

Assim, pode-se chegar a exercitar a liberdade, satisfazendo os desejos pessoais independentes, mas respeitando os direitos e desejos dos outros, como forma de contribuir na construção do processo emancipatório. Encontrei nos seguintes discursos a reflexão desse elemento.

... abre espaço para uma ação mais eficaz da enfermeira, tanto no sentido de independência das ações de outros profissionais, como na ajuda ao estabelecimento por parte do ser assistido, de uma reestruturação pessoal, a despeito de delimitações decorrentes da doença (Pagliuca, 1993: 28-29).

... o enfermeiro tem liberdade de ação, devido a flexibilidade e adaptabilidade desse processo, podendo a qualquer momento, prover condições ambientais, fazer encaminhamentos e ensinamentos de acordo com as exigências apresentadas pelo cliente (Guimarães, 1989: 76).

... a cadeira domiciliar permite ao paciente circular sozinho por todos os cômodos, impulsionado a cadeira com as mãos apoiadas nas paredes, batentes de portas, móveis e com o pé, quando possível, permite maior independência ao paciente (Luce, 1993: 339).

...a proposta de ensino-aprendizagem para o autocuidado tem como meta a libertação individual, a partir da reflexão, favorecendo a tomada de consciência de recursos terapêuticos, e deles fazer uso, para melhorar o estado de saúde (Santos, 1990: 81).

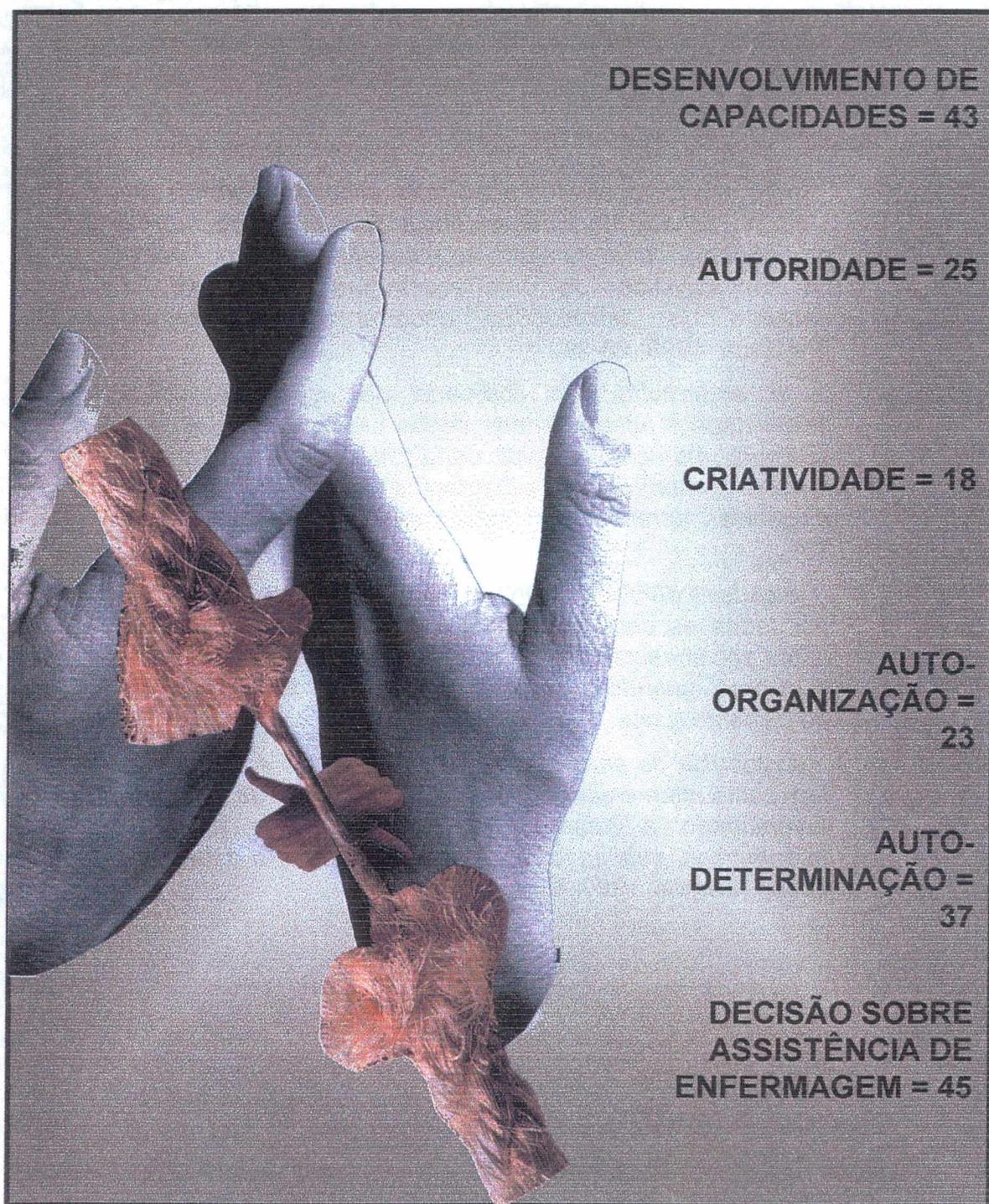


Figura 6 - Resultados em relação ao componente emancipatório de autonomia e seus elementos

As mãos simbolizam a capacidade de exercer a autonomia, pela ação consequente ao seu desejo. A corda, quase rompida, mas ligada por um fio, representa a relatividade, isto é, existe um espaço para se desenvolver ações, porém não prescinde do conhecimento do outro. Também estão destacados os elementos que constituem o exercício da autonomia.

A Figura 6 representa os elementos inclusos no componente emancipatório da **autonomia**, sendo observados cento e noventa e um registros, ou seja, aqueles discursos que contemplam as ações realizadas tanto pelo profissional como clientela e que não sofrem intervenções de forças ou agentes externos. Os que mais se destacaram foram: decisão sobre a assistência de enfermagem (45), desenvolvimento de capacidades (43), autodeterminação (37). Os que menos se destacaram foram: autoridade (25), auto-organização (23) e criatividade (18).

O exercício da autonomia consiste na capacidade dos seres humanos autogovernarem-se, atuando de forma racional com base em uma apreciação pessoal das futuras possibilidades, avaliadas em função de seus próprios sistemas de valores. Para Schneider *et al.* (1995: 171), faz-se necessário enfatizar que a *“autonomia tem um caráter relativo e conflitivo, a depender das condições pessoais de cada indivíduo, dos limites legais a ele impostos, dos padrões éticos e morais vigentes em cada sociedade”*.

O tema, segundo os mesmos autores, é muito complexo, e a própria enfermagem vê-se limitada na sua autonomia profissional, reproduzindo, muitas vezes, com o paciente, situações de dominação e subordinação que sofre na relação com outros profissionais, com a estrutura hierárquica das instituições, entre outras.

Portanto, o exercício da autonomia, é um valor a ser conquistado e garantido cada vez mais pelo profissional e clientela, embora, ainda, ele seja limitado pela convivência social. Exercer a autonomia, respeitando a vida e dignidade do outro, faz parte da conquista emancipatória do sujeito.

O elemento **desenvolvimento de capacidades** refere-se aos discursos que contemplam a questão do domínio e auto-capacitação que o

profissional e a clientela utilizam no seu dia a dia, no sentido de detectar e resolver as situações-problemas que porventura possam ocorrer. Foram encontrados quarenta e três registros.

O desenvolvimento de capacidades é um elemento importante para o exercício da autonomia do profissional, assim como da clientela, pois possibilita, através da busca de informações, conhecimentos, maior tranquilidade e competência para agir.

O enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, por exemplo, precisa ter capacidade para ensinar e avaliar a qualidade da assistência a ser prestada à clientela, assumindo o controle do seu próprio trabalho. O profissional deve facilitar também o desenvolvimento de capacidade da clientela, a partir de informações a respeito de ações a serem realizadas, permitindo aos mesmos maior poder decisório.

Assim, a qualidade do cuidado a ser prestado depende do conhecimento, competência e postura do profissional, no desempenho de suas funções, não desconsiderando os direitos da clientela.

O desenvolvimento de capacidades, como exercício da autonomia, ao considerar profissional e clientela como sujeitos que compartilham decisões, traz para o exercício da profissão o desafio de uma nova postura, na sua relação e com outros profissionais. É seguro que, com potencial desenvolvido, no âmbito da condição física ou educacional, mais e mais as pessoas estarão aptas a gerenciar sua própria vida, conforme observado nos registros abaixo.

... o enfermeiro observa diretamente e avalia a assistência à clientela e o desempenho de sua equipe de trabalho, corrige as falhas identificadas mediante a execução correta do cuidado indevidamente realizado e/ou orienta o executante acompanhando a aprendizagem (Santos, 1988: 19).

... a pessoa mais lúcida da família garantirá a distribuição correta dos remédios antes de sair de casa ou se ocupará com outras tarefas. À noite poderá supervisionar a tomada dos medicamentos. Permite ao próprio doente, em caso de dúvida, o que é muito comum, verificar se tomou, ou não, a dose prescrita (Luce, 1993: 338).

... a equipe de saúde tem, pois, o papel de desenvolver habilidades de autocuidado nos clientes, deixando-lhes o direito de decidir sobre a mudança de comportamento (Luce et al., 1990: 36).

... o enfermeiro que dispõem a desenvolver sua função educadora deve se aprofundar no conhecimento destes e de outros princípios da formação do comportamento humano, a fim de estruturar suas ações educativas, no sentido de atuar diretamente sobre o conhecimento e crenças das pessoas para modificar as intenções de comportamento e deter os resultados desejados, ou seja, a adoção de hábitos benéficos à saúde (Meneghin, 1993: 23).

No elemento **autoridade** foram considerados os discursos que expressaram formas de direito e poder dos sujeitos que, como seres humanos, possuem, de agir e influenciar com competência em determinado assunto que lhes é peculiar, apresentando-se vinte e cinco registros.

A autoridade é vista aqui como um meio das pessoas serem autores e sujeitos das suas próprias ações, com suas potencialidades, necessárias para provocar intervenções no seu cotidiano. É importante enfatizar que as práticas do sistema tradicional de assistência à saúde correspondem a paradigmas esotéricos, em que profissionais costumam exercer domínio sobre a clientela e uns sobre os outros, restringindo o uso da autoridade ao seu aspecto puramente coercitivo, ao contrário de fazer uso dela para argumentar de forma competente sobre a precedência técnica de um procedimento sobre outro, de modo a convencer pela lógica, ao invés da força física ou pastoral.

A autoridade do profissional deve permitir à clientela depositar confiança nele, para auxiliar na resolução dos problemas que possam ser apresentados.

Viver em uma esfera pública, sem autoridade, nem a consciência concomitante de que transcende ao poder, significa não ser sujeito construtor da história. O exercício da autoridade, como visto acima, auxilia o exercício da autonomia, no sentido de possibilitar a tomada de decisão. O profissional e a clientela não devem apenas interpretar papéis, mas sim, serem autores

criativos na sociedade em que vivem, identificando e responsabilizando-se por aquilo em que têm autoridade.

O enfermeiro, em situações específicas de seu trabalho, usufrui de sua autoridade para identificar e resolver os problemas, que porventura possam emergir em relação ao seu campo profissional. Abaixo, estão alguns exemplos que ilustram esta questão.

... para que a prática profissional resulte em intervenções conscientes de transformações sociais, é necessário que o profissional e o cliente se assumam, enquanto prática de assistência, como 'sujeitos' de um mesmo processo na formulação e busca de horizontes concretos de saúde (Queiroz, Egry, 1988: 27).

... a enfermeira é um profissional que adquiriu conhecimentos e habilidades para cuidar de gente, possuindo assim, autoridade conferida pelo papel de profissional, fazendo com que as pessoas depositem nela confiança para resolver seus problemas (Fernandes, 1988: 95).

... o enfermeiro deve exercer predominantemente a autoridade de especialista ao identificar e resolver problemas específicos da sua área de conhecimento (Santos, 1988: 18).

... os seres humanos não são apenas os atores, mas também os autores, pois são capazes de pensar, agir e regular a sua história ao seu desenvolvimento e à sociedade em que vivem (Vieira, 1991: 37).

O elemento **criatividade** abarca aqueles discursos que contemplam a capacidade criadora dos sujeitos, podendo estar envolvidos sua intuição, sensibilidade e estilo próprio de cuidar. Neste aspecto, ocorreram dezoito registros.

Para Ostrower (1994), a criatividade é considerada um potencial inerente ao ser humano e a realização desse potencial uma de suas necessidades. O processo criativo só pode ser visto num sentido global, como um agir integrado em um viver humano.

A mesma autora assume que a criação, em seu sentido mais significativo e mais profundo, tem como uma de suas premissas a percepção

consciente. Ela também coloca que a pessoa rígida, altamente racionalizada, vivendo em um meio cultural, cuja filosofia de vida seja racionalista e reducionista, pode ter a capacidade criativa reduzida ou ausente. Considera essa consciência repressiva e esmagadora, como uma deformação do consciente, em que a pessoa aliena-se de si, de seu trabalho, de suas potencialidades de criar e de realizar em sua vida conteúdos mais humanos.

Neste sentido é que vejo, no processo criativo, uma fonte de expressão nas ações que são realizadas, dando mais autonomia para os profissionais e clientela, permitindo auxiliá-los nos seus processos emancipatórios. O ato criativo abrange a sensibilidade, a capacidade de compreender e, esta, por sua vez, a de relacionar, ordenar, configurar, significar.

O profissional, no desenvolver de um trabalho educativo, pode permitir um espaço livre para acontecer o ato criativo, tanto de seus colegas quanto da clientela. Neste caso, é preciso ter-se em conta que a sensibilidade é característica importante da criação, pois permite 'estar aberto', perceber e externar os sentimentos. A arte de viver de modo saudável é uma modalidade da capacidade criadora do ser humano, que se reabastece nos próprios processos, através dos quais se realiza como pessoa plena.

O enfermeiro, enquanto profissional dotado de capacidades específicas, deve ser um agente de transformação da realidade. E uma das formas a serem utilizadas, é permitir que o ato criativo se manifeste em suas atividades, oportunizando um cuidado mais humano e sensível à clientela. A expressão do potencial criador que existe nos profissionais e na clientela, e que se faz presente nos múltiplos caminhos com que eles procuram captar e configurar suas realidades da vida, é uma maneira de manifestar e exercitar a autonomia. Este elemento, está apresentado nos seguintes exemplos.

... tentou-se realizar junto à criança um trabalho educativo e livre, que permitisse o uso de sua capacidade e o desenvolvimento da sua imaginação, visando dar continuidade ao seu desenvolvimento psicossocial e à sua aprendizagem (Silva, 1995: 102).

... a sensibilidade nos auxilia a perceber e externar nossos sentimentos, e por outro lado, é ela que possibilita perceber, entender e respeitar os sentimentos do outro. A criatividade, imaginação se contemplam e nos conduzem a pensar, criar, inventar, figurar em espírito, com bases na sensibilidade (Carraro, 1994: 32).

... a arte de viver é compreendida como uma capacidade criadora do ser humano, que é inata mas também construída e que consiste em pensar, renovar, partilhar e praticar ações que respondam aos desafios da vida para a transformação da realidade (Alonso, 1994: 39 e 40).

... sendo o enfermeiro um agente e instrumento no processo de enfermagem, necessário se faz que ele possua habilidade de comunicação, senso de observação e percepção desenvolvidos, conhecimento científico, habilidades técnicas, capacidade de planejamento e organização, e criatividade (Santos, 1990: 43).

O elemento **auto-organização** abrange todos os discursos que abordam as formas e recursos que o profissional e clientela utilizam para melhorar suas ações de intervenção na realidade que os circundam, sendo observados vinte e três registros nos textos analisados.

Cada pessoa possui, dentro de si, um modo próprio de auto-organizar-se. É evidente que esta auto-organização também tem influências para além do mundo interior, ou seja, para o mundo exterior. A capacidade de auto-organização pode ser auxiliada por meios e instrumentos construídos pelos próprios sujeitos, como realização de suas potencialidades.

Portanto, a auto-organização também é um elemento que está implicado com o exercício da autonomia que, por sua vez, influencia no processo de emancipação dos seres humanos.

O profissional dispõe de alguns meios que o auxiliam para sua auto-organização no que tange a estabelecer prioridades na assistência a ser prestada. Dentre esses meios, estão banco de dados, ficha cadastral, lista de problemas apresentada pela clientela, sempre que tenham por objetivo acercar-se mais e mais da situação vivenciada, de maneira sistemática e lógica.

A assistência de enfermagem sistematizada é uma forma do profissional organizar e interrelacionar suas ações, permitindo-lhe dirigir e controlar seu próprio trabalho, de modo a atingir as metas definidas de comum acordo com a clientela. Abaixo, ilustro com alguns exemplos este elemento.

... a ficha cadastral e o banco de dados, constituem-se nos parâmetros subsidiadores para o estabelecimento da qualidade da assistência de enfermagem a ser prestada (Gabriel, Fakh, 1993 : 321).

... a lista de problemas e o estabelecimento das prioridades foi importante, porque serviu de guia para o planejamento da assistência de enfermagem. Da mesma forma, favoreceu o fortalecimento da interação enfermeira e cliente, oportunizando ao mesmo opinar e participar, com mais propriedade da escolha do direcionamento que seria dado à sua assistência (Santos, 1990: 106).

... a intervenção de enfermagem foi viabilizada e expressa através dos cuidados na prescrição e constituíram-se em indicadores para a evolução de enfermagem (Pagliuca, 1993: 30).

... a assistência de enfermagem sistematizada é vista como uma forma de organizar e interrelacionar as ações de enfermagem, de modo a propiciar uma intervenção individualizada, dentro do contexto das necessidades do paciente e não como prática prescrita pelo médico (Soler, 1993: 130).

O elemento **autodeterminação** engloba os conhecimentos e meios utilizados pelo profissional e clientela, para decidir sobre suas ações, sendo encontrados trinta e sete registros.

As preferências individuais estão submetidas, em certa medida, a seu controle pessoal, que se forma sobre a base de suas próprias decisões. Disso decorre uma autodeterminação, dependente, pois, do tipo de indivíduo que se é e das metas e interesses que possuem.

A autodeterminação é outro elemento que emergiu das proposições tecnológicas analisadas e que compõe o exercício da autonomia. O enfermeiro, enquanto coordenador de um grupo de trabalho, e tendo capacidade para a

autodeterminação, deve propiciar, de várias maneiras, o crescimento e desenvolvimento dos demais integrantes do grupo, para procurar garantir qualidade à assistência a ser prestada. Para que a autodeterminação ocorra, porém, é necessário que haja consciência da realidade sobre a qual se quer atuar.

A autodeterminação também é um elemento que deve ser observado por aquelas pessoas que estão preocupadas na produção de proposições tecnológicas, que permitem levar à emancipação dos sujeitos.

... especificamente enquanto coordenador de um grupo de trabalho a enfermeira têm uma função catalizadora no sentido de integrar os seus participantes, favorecendo um relacionamento humano autêntico, oportunizando a troca de saberes e experiências através do diálogo, assumindo e dividindo responsabilidades, propondo arbitragens, preparando reconciliações, firmando compromissos, desafiando-os e encorajando-os a criarem e/ou buscarem novas estratégias de enfrentamento, coordenando as operações e acompanhando a sua dinâmica, dentro do seu processo de desenvolvimento grupal (Alonso, 1994: 188).

... a enfermeira planeja, organiza, orienta, treina, executa e avalia a assistência de enfermagem ao paciente com nutrição parenteral domiciliar e seus familiares (Silva et al., 1987: 224).

... o desempenho da função educativa sugere que o enfermeiro verdadeiramente envolvido neste processo deva ser capaz de identificar lacunas no conhecimento que as pessoas possam ter sobre determinado problema, avaliar o grau de informação que elas necessitam, propiciar ambiente favorável à aprendizagem e adequar a linguagem aos diferentes níveis culturais e sociais do público alvo (Meneghin, 1993: 18).

... a partir da tomada de consciência das contradições existentes, a família, junto comigo, refletiu criticamente em relação à sua realidade concreta, estabelecendo os elementos mediadores, as prioridades e os objetivos que permitam a interferência nessa realidade, para rompê-la (Ghiorzi, 1991: 111).

O elemento **decisão sobre assistência de enfermagem** foi orientado somente ao profissional, pois não cabe à clientela decidir as formas técnicas sobre como a mesma deve ser feita, a estes cabe, sim, a decisão se aceita ou não a assistência oferecida. Neste elemento, foram incluídos os discursos que apontavam os meios e estratégias utilizadas pelo profissional na assistência a ser executada, tendo sido encontrados quarenta e cinco registros.

Para tanto, o enfermeiro não pode esquecer de respeitar e reconhecer o direito do cliente decidir sobre si mesmo, seu tratamento e seu bem-estar. Isto significa que deve ter o seu consentimento para qualquer ato que seja realizado, evitando toda a coerção, inclusive o paternalismo.

A consulta de enfermagem, por exemplo, é um espaço no qual os profissionais podem desenvolver sua autonomia, quanto à ação de enfermagem a ser prestada pelos membros da equipe frente aos problemas a serem identificados na clientela, sendo indicativo do território profissional, legal e socialmente delimitado.

A decisão sobre a assistência de enfermagem, porém, requer sempre a inclusão do respeito à individualidade e desejo da clientela, sem o quê se torna ato restritivo da liberdade do outro. Este elemento está exemplificado abaixo.

... no desempenho de qualquer função assistencial é o enfermeiro quem orienta e acompanha a execução do trabalho da equipe de enfermagem. Por isso, deve estar preparado para identificar e solucionar as dificuldades apresentadas pela clientela e avaliar a assistência a ser prestada (Santos, 1988: 6).

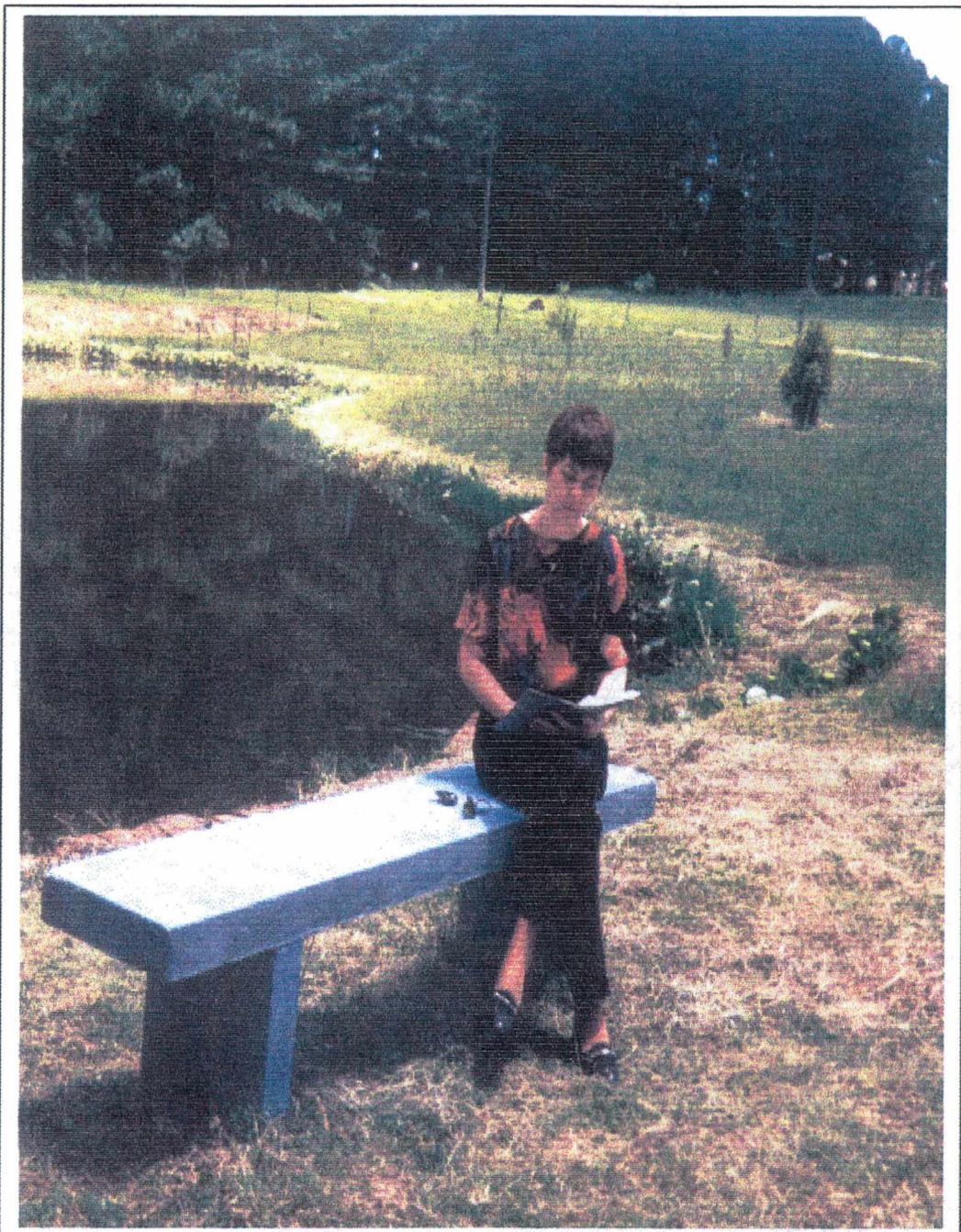
... acreditamos que a consulta de enfermagem é uma atividade implícita nas funções da enfermeira, que, usando sua autonomia profissional, assume responsabilidade quanto à ação de enfermagem, a ser determinadas frente aos problemas detectados e a estabelecer a intervenção de enfermagem (Campedelli, 1990: 16).

... cabe ao enfermeiro a coordenação da assistência, a prestação de cuidados mais complexos após uma rigorosa avaliação das condições gerais do paciente, e aos auxiliares a observação da criança e cuidados simples (Duarte et al., 1987: 76)

... cabe ao enfermeiro, além de determinar as medidas assistenciais que atendam às necessidades dessas mulheres (neopuérperas), definir as tarefas e responsabilidades das pessoas da equipe de enfermagem envolvidas neste atendimento (Soler, 1993: 119).

Ao finalizar este caminho da descrição, análise e inferência dos dados, posso dizer que foi o início de uma reflexão, que necessita, cada vez mais, ser aprofundada por aqueles que acreditam nas potencialidades que cada ser humano carrega consigo, no sentido de auxiliá-lo no seu processo emancipatório, através de construções de proposições tecnológicas, que possuam em seu bojo, aquele sujeito ator de sua história, que atua de maneira consciente e crítica, exercendo a cidadania, liberdade e autonomia.

Sem dúvida, nas proposições tecnológicas apresentadas, o interesse explícito pelo desenvolvimento de relações simétricas, complementares e dirigidas para a superação das hegemonias presentes no âmbito da assistência a saúde, reduto anacrônico de processos pastorais dirigidos pela ignorância imposta às pessoas sobre seus corpos e sobre concepções terapêuticas. O limite não natural ao conhecimento de si e, por conseguinte, ao cuidado de si, evidencia a tendência à restrição do governo de si, impedindo a emancipação dos sujeitos.



5 - CAMINHO DA REFLEXÃO

*A consciência crítica ama o diálogo e
nutre-se dele*
(Freire, 1979: 41).

Esta trajetória constitui-se em buscar nos dados a expressão de aspectos que foram emergindo e que me chamaram a atenção, levando em consideração, como pano de fundo, o apresentado no caminho teórico e metodológico proposto, bem como minha experiência pessoal e profissional.

Cabe destacar que a temática **tecnologia** possui múltiplas e imensas dimensões, tendo neste estudo abordado apenas uma delas, mas espero oportunizar também ao leitor a utilização de sua imaginação, interpretação, possibilitando, com isso, que se abra um 'leque' de novos caminhos para a elucidação dos muitos questionamentos originários de seu desenvolvimento.

Gostaria de salientar que, dentro das minhas possibilidades e limites, realizei esta interpretação e ação reflexiva dos dados, no sentido de proporcionar uma parada e desenvolver um meio de pensar um pouco mais sobre a construção de proposições tecnológicas emancipatórias específicas para a práxis de enfermagem, uma vez que encontrei um número (112) ainda pouco expressivo, em relação ao universo de mil quinhentos e trinta e três trabalhos. O que representa esse número reduzido de produções tecnológicas? Quais são suas possíveis causas? Até que ponto a produção de tecnologia é abordada nos currículos de enfermagem? Como os educadores estimulam e são estimulados para que isso aconteça? Tentarei expor algumas considerações que me inquietam, não querendo que sejam reflexões fechadas e conclusivas, mas um caminho a ser construído.

Dialogando com vários profissionais, alunos e educadores de enfermagem e analisando os currículos mínimos de graduação, por ocasião da realização da dissertação de mestrado, percebi o quão difícil foi encontrar algum indicativo do processo de criação de tecnologias, de instrumental para o trabalho de enfermagem e para o cuidado do próprio profissional. O que detectei com mais frequência, foram referências ao uso de tecnologias, principalmente as técnicas de enfermagem, ou arte, conforme Almeida e Rocha

(1989), as quais eram o principal conhecimento para o ensino de enfermagem, o âmago de todo o programa educacional nas primeiras décadas do século nos Estados Unidos e que, ainda hoje, continua como forte e importante componente na prestação de cuidados.

Diante disso, a práxis de enfermagem se constituiu como um processo mais reinterativo do que um processo criativo. Historicamente, no Brasil, há uma separação evidente, se é que assim posso chamar, um divisor de águas que separa dois períodos da formação da enfermagem, ou seja, um antes dos anos 70 e outro após. O primeiro caracteriza-se como sendo uma prática mais repetitiva, reiterativa, ou seja, uma prática moldada nos preceitos e determinações do modelo médico tradicional e flexneriano, já comentado na apresentação deste estudo. A partir dos anos 70, começa, então, uma evolução para uma práxis mais consciente, quando também, segundo Almeida e Rocha (1989), surgem os cursos de pós-graduação em enfermagem, com a finalidade de preparar docentes e pesquisadores, aumentando, com isso, as possibilidades para a criação de tecnologias, confirmada também por Souza (1998).

Quando se fala em trabalho, pode ser em referência a inúmeras formas de seu aparecimento, até uma aproximação com a idéia de práxis, quando se enuncia que a reflexão e a prática são mutuamente relacionadas. Para que isso ocorra, é necessário se ter uma construção teórica e, conseqüentemente, um desenvolvimento da operacionalização dessa mesma construção teórica. Pode-se dizer que houve um desenvolvimento escassamente efetivo de proposições tecnológicas, que se constituísse na aplicação de novas teorias de enfermagem, no período de 1986 a 1995.

Considerando-se que a tecnologia emancipatória está voltada para a promoção de uma práxis criadora, aquela que, segundo Vázquez (1990: 248), *“possui um caráter criador, é uma necessidade humana vital porque só criando, transformando o mundo, o homem faz um mundo humano e se faz a si mesmo”*, considere em minha análise a emergência de características que implicassem na enunciação explícita do desejo dos propositores, nesta direção.

Neste sentido, em Dias *et al.* (1992: 5) encontro corroboração ao meu pensamento, quando dizem que nós fazemos parte do grupo cultural de enfermagem e dos outros segmentos da sociedade e precisamos repensar o processo de criação, para que, *“nesse repensar, apreendamos o seu caráter de arte e cultura por quanto contém em si ritmos e formas que simbolizam a nós mesmos e a nossa história de vida profissional”*. As autoras apresentam, ainda, várias possibilidades tecnológicas realizadas pelos profissionais de enfermagem, não somente servindo como *“instrumental (ênfase nos meios e controle), mas numa perspectiva antropológica (relação do homem com a natureza) e sobretudo ontológica, ou seja, como possibilidade do ser”*.

Dentre as causas, que talvez possam estar refletindo no número reduzido de tecnologias, ressalto a pouca ênfase nas políticas governamentais de estímulo à produção de tecnologias, ao registro de patentes no caso de artefatos (equipamentos), além do desinteresse demonstrado, muitas vezes, pelas empresas em comprar a patente, dificuldade de divulgação e socialização das tecnologias produzidas, entre outras.

Diante das colocações feitas, gostaria de me reportar a uma dimensão importante da Enfermagem, ou seja, a articulação entre a Arte e Ciência, viabilizadas pela técnica. Neste aspecto, Souza (1998: 1) assim se manifesta:

considerando a Enfermagem como arte e ciência, a tecnologia põe a ciência em prática e para que isto aconteça, deve-se ter técnica. Para acompanhar os avanços obrigatórios da ciência, por conseguinte da tecnologia, as técnicas devem ser cada vez mais aperfeiçoadas.

Para tanto, a técnica não pode ser interpretada isoladamente, segundo a autora (1998: 2), mas fazendo parte dos três elementos imprescindíveis da arte em geral e que são: *“técnica apropriada, expressão ou catarse, que significa arte no sentido da atividade prática sistemática e beleza”*. Ela resume a arte como a *“expressão da descarga emocional, com beleza, realizada por meios técnicos”*.

Portanto, nosso veículo para a prática de enfermagem, diz Souza (1998: 2),

é a arte, através dela, trabalhamos com a sensibilidade, a possibilidade de relação criativa (manifestação da essência em forma de existência) com o mundo, estimulando a auto-expressão e reforçando o eu de cada um, ampliando a consciência de suas potencialidades, a consciência do meio e das possibilidades de atuar sobre ela.

Souza (1998) refere, ainda, que a arte não se ensina, o que se almeja é que ela, como um fenômeno global de auto-aperfeiçoamento se confunda com o próprio processo de cuidado em enfermagem. Se nos reportarmos à definição de Florence, diz a autora, pode-se compreender porque ela define Enfermagem como a "*mais bela das belas artes*".

Lembrando que, no decorrer da história, houve evolução de saberes dos seres humanos, o que redundou em desenvolvimento de instrumentos e meios, que o homem toma no seu processo de trabalho, que podemos chamar de tecnologia. Uma coisa importante, na enfermagem, como em muitas outras profissões e disciplinas existentes, é que os instrumentos não imprimem uma padronização uniforme, regular e constante sobre os processos nos quais eles intervêm, partindo do pressuposto de que a relação do homem com o meio é uma relação que introduz um processo de abstração, de consciência, de modo que cada ser humano, ao pretender uma intervenção sobre a realidade, toma decisões fundadas nesse processo reflexivo pessoal, construído nas suas relações sociais, desenvolvido historicamente. Porém, ao tomar essas decisões, o sujeito organiza a sua ação a partir de elementos concretos que ele possui, a partir do diagnóstico que ele faz sobre essa realidade em que irá intervir, o tipo de intervenção que ele deseja imprimir e quais são os instrumentos adequados para promover esta intervenção. Neste sentido, ele estabelece uma organização tecnológica para sua ação, cujo fundamento repousa nos saberes que incorpora como dados de sua consciência e nos

saberes, incorporados nos instrumentos materiais e metodológicos que decide utilizar.

Essa intervenção sobre a realidade permite ao sujeito imprimir a sua direção pessoal e na enfermagem ocorre mais ainda, porque o enfermeiro não está lidando com coisas inertes, ele age com seres humanos que têm vida e consciência sobre esta vida. Ora, isso requer do profissional uma habilidade que é considerada a **arte da enfermagem**, como visto acima, ou seja, a introdução de elementos subjetivos na criação e utilização dos instrumentos postos à sua disposição, para a realização do seu trabalho.

A tecnologia não é um sistema operacional inflexível, ao qual o profissional e clientela se submetem, de maneira passiva e uniforme, de modo que a tecnologia sempre determina o modo de **ser** e de **agir**. A tecnologia introduz um padrão geral ao processo desenvolvido, mas é um padrão flexível, na medida em que media a atuação de uma pessoa, o que lhe imprime um caráter plástico. No caso da enfermagem, em que a operação não é exclusivamente instrumental, porque se dá como interveniência, num processo interativo entre pessoas que compartilham a situação e que vão imprimir modificações, quer seja sobre a compreensão, significado ou valor da tecnologia, considerando sua própria habilidade para utilizá-la e se está adequada ao fim a que se destina.

A arte, pois, faz parte da enfermagem e da construção de tecnologias. A tecnologia, repetindo, não deve se tornar uma 'camisa de força' para ninguém, porque tanto o sujeito que a usa como instrumento de trabalho e para desenvolvimento do seu ser, como aquele que recebe o resultado desse trabalho, são pessoas, que imprimem sua marca pessoal a esse instrumental, segundo sua necessidade.

Se as tecnologias têm este caráter, como arte humana, por expressão de sua engenhosidade e desenvolvimento, constituem-se, também, em sistemas relativamente estáveis e fornecem uma certa regularidade ao trabalho humano, pela lógica que garante possibilidade e controle às ações. Essa dimensão normativa da tecnologia é originária de sua base científica, como verdade constituída pela tradição acadêmica, através da pesquisa. Assim,

embora flexível, a tecnologia não é algo sem definição, sem forma, e esta sua permanência é relativa à permanência das verdades científicas que a sustentam.

Assim, embora chame a atenção o número reduzido de produção de tecnologias específicas para o desenvolvimento da práxis de enfermagem, há que se considerar a determinação à qual isto se associa, ou seja, o fato de muito recentemente terem-se produzido conhecimentos específicos na profissão. Essas que se apresentaram, porém, possuem preocupação em prescrever procedimentos e indicar as operações necessárias, para que se alcance o resultado desejado. Assim, a maioria (99) das tecnologias estudadas apresentaram os procedimentos, etapas e tipo de controle (validação), com explicação sobre a atividade, demonstrando, com isso, que os profissionais estão efetivamente preocupados em propor instrumentos para a transformação de uma dada realidade. Estas tecnologias trouxeram também em seu conteúdo características da tecnologia emancipatória demonstradas na Figura 2.

Houve uma preocupação com a competência (no sentido de habilitar os profissionais), com a estética (na busca da identidade e harmonia criadora, embora com menor escala), com a ética (em relação à vivência de princípios éticos), com a relação histórica (pelo caráter de processualidade, percebida pela originalidade das relações sociais propostas entre profissional e clientela, de forma permanente e dinâmica). Esses elementos, porém, ainda se traduzem de maneira inflexível e fechada em algumas proposições, em que os padrões são para serem seguidos rigidamente; porém, ao lado disso, existe uma zona de negociação, na medida em que os profissionais estão desejando uma transformação dessa situação. Para que isso ocorra, é necessário estabelecer uma aproximação com os outros profissionais e com a própria estrutura política. Portanto, não é algo que depende exclusivamente de uma mudança de produção e utilização tecnológica, não é algo que depende da capacidade organizativa da enfermagem e nem de uma nova teoria do trabalho de enfermagem. Mas também é necessário que haja um compartilhar dos poderes (técnico, administrativo, político, assistencial, etc.) inerentes às práticas de saúde, para poderem, de modo mais decisivo, auxiliar na construção da cidadania, através de ações emancipatórias.

Em relação às tecnologias de enfermagem, classificadas segundo a tipologia de Foucault (1990), encontrei cinquenta e três tecnologias de poder, trinta e seis de produção, trinta e três do eu e vinte e uma de sistemas de signos.

Na medida em que a tecnologia de poder foi mais expressiva em relação às outras, parece ter havido uma preocupação em propiciar estratégias que ampliassem o governo dos sujeitos sobre si mesmos, seus corpos e seus desejos. Encontro nela relação com a ética e a política, sendo também contestatória, no sentido da intenção da libertação da pobreza política, permitindo que se abra um espaço para a conquista dos profissionais e clientela autodeterminarem-se, participarem e se organizarem em benefício do bem comum. A organização política, para Demo (1988: 23), é, na verdade, “o primeiro canal de participação, seja ao nível da aglutinação de interesses (grupos), seja ao nível da composição localizada (comunidades)”.

As tecnologias de poder com características emancipatórias demonstradas no estudo, fornecem ao profissional e clientela a autoridade de intervir sobre a realidade no sentido de sua transformação. Elas fornecem aos indivíduos esse poder, através de ações educativas, do conhecimento, do ensino do autocuidado, da utilização de novos instrumentos, etc., porque são tecnologias associadas à capacitação dos sujeitos, oferecendo-lhes condições para o processo de escolha, de autonomia e de autoridade sobre suas vidas, sobre suas decisões. As proposições tecnológicas, nessa tipologia, demonstraram que a autoridade vem carregada desse conteúdo, significando que as pessoas podem possuir força de argumento para expressarem qual é a melhor maneira de se fazer algo. O poder em si pode levar à submissão e à busca do benefício próprio, o que Foucault (1990) caracteriza como ‘poder pastoral’. Para Foucault as tecnologias de poder não estão relacionadas com a emancipação. Mas acredito que o poder pode auxiliar na emancipação dos sujeitos, quando esse poder favorece o processo de viver de forma democrática com os outros, no sentido da busca do bem comum. Portanto, o poder é ‘negativo’ e alienante, quando é algo que exclui as pessoas, na medida em que é usado na busca de benefícios próprios, mas quando esse poder é utilizado na busca de benefícios comuns, ele liberta a todos e, como diz Arendt (1993: 213

e 214), “*corresponde, antes de mais nada à condição humana da pluralidade [...que...] significa, neste caso, uma definida limitação à força do indivíduo, que é mantida dentro dos limites e pode vir a ser superada pelo potencial de poder da maioria*”.

As tecnologias de sistemas de signos e as do eu estão, no meu modo de perceber, ligadas mais diretamente à característica estética, em que há uma busca do eu, retomando a vida como fonte de alegria, prazer, criatividade e felicidade. As tecnologias analisadas estão mais voltadas ao eu da clientela, faltando um maior empenho do profissional para que também construa tecnologias para o seu eu. Lunardi (1997: 245), partindo do pressuposto de que o cuidado de si é uma exigência do cuidado do outro, questiona “*como é possível cuidar do outro sem que esta ação implique a renúncia e a mortificação de quem cuida*”? Esta renúncia e mortificação se expressam, muitas vezes, pela negação de si, como sujeitos de desejos e esperanças.

Produzir tecnologias, neste sentido, é um espaço que se abre para que os profissionais encontrem também um modo de melhorarem suas próprias condições de vida e de sujeitos históricos, como *seres* no mundo.

As tecnologias de produção são mais materiais, se comparadas com as outras tipologias descritas. Elas se caracterizam por se constituírem em instrumental com especificidade própria ao trabalho de enfermagem. Quando é tecnologia emancipatória, a produção inclui a competência, caracterizada como criação de novas possibilidades para a vida. Apesar da enfermagem estar produzindo poucas tecnologias como seu instrumental específico da práxis, encontrei nas propostas analisadas a inclusão de componentes emancipatórios. Volto a frisar, a tecnologia por si só não garante a emancipação, mas sim o modo como ela vai ser utilizada e guiada. Se ela contém os elementos emancipatórios, terá mais possibilidade de auxiliar as pessoas que farão uso dela a se darem conta de suas ações, como produtoras de emancipação.

É importante avaliar que, na medida em que se tem a definição de tecnologias que podem ser usados para o cuidado do ser humano com objetivo terapêutico, as mesmas vão definindo e caracterizando o que é realmente a enfermagem, enquanto profissão. Portanto, as tecnologias de produção são

aquelas que conduzem ao processo de identificação profissional, ou seja, aquelas que permitem mais objetivamente uma interpretação da natureza e domínio da enfermagem. As outras tipologias podem ser utilizadas por qualquer profissional, ainda que com características próprias.

No que se refere à classificação das tecnologias pela sua especificidade operacional na enfermagem, observei que houve uma distribuição relativamente equitativa entre as diferentes tipologias, demonstrando uma diversidade esperada dos interesses dos autores, ou seja, tecnologias de modo de conduta (39), do cuidado (29), interpretativas de situações de clientes (27), de concepções (26), educação (24), administração (18) e de processos comunicativos (12).

Esses resultados demonstram as várias áreas em que os profissionais estão desenvolvendo tecnologias, permitindo que se tenha uma idéia de como está sendo avaliado o domínio da enfermagem. As tecnologias de modo de conduta, associadas com as de educação e cuidado, são aquelas relacionadas com os comportamentos profissionais e ações de saúde, utilizáveis em situações diferenciadas, tanto no espaço hospitalar, como na área comunitária.

Um aspecto que merece ser destacado é o número pequeno de tecnologias de comunicação, considerando que o processo interativo caracteriza e é da natureza da enfermagem.

Os profissionais precisam criar maneiras de comunicarem-se melhor, a partir da avaliação de seus processos comunicacionais, introduzindo novas tecnologias. E, como diz Epstein (1977: 173), "*a interação efetiva depende, em última instância, da habilidade dos participantes dessa interação*". Espero que os profissionais e educadores de enfermagem se empenhem cada vez mais no estudo e criação de tecnologias de comunicação, para permitir aos envolvidos no processo de interação efetiva, um espaço aberto, caloroso, harmonioso, para ocorrer uma ação terapêutica.

Da análise das tecnologias de enfermagem, pode-se perceber a presença de características emancipatórias pela exposição do compromisso com a participação da clientela no processo de cuidar e com a formação de uma nova consciência de saúde. Os enfermeiros apresentam uma clara

identificação com uma ética de respeito aos seres humanos, apontando para projetos e protocolos, os quais preconizam como propícios ao desenvolvimento de maior competência profissional.

Nesta perspectiva, para desenvolver tecnologias emancipadoras de enfermagem são necessários, além do desejo e da necessidade, algumas qualificações intelectuais do profissional, as quais são determinadas, conforme Arndt e Huckabay (1983: 217), pela:

faculdade de aprender e aplicar conhecimentos, capacidade para ensinar os outros, capacidade para abordar os problemas em seu âmbito científico, isto é, organizar os fatos, considerá-los de forma adequada e colocá-los na perspectiva apropriada, capacidade para desenvolver uma filosofia própria no sentido de orientar e direcionar atividades administrativas e a sua vida pessoal.

Acrescentaria, ainda, as atividades cuidativas, que exigem capacidade de interagir efetivamente, sensibilidade e criatividade, como elementos essenciais para o processo de 'criar', ao qual se referiu anteriormente Souza (1998).

Das tecnologias de enfermagem propostas, foram identificados cento e um (84,83%) trabalhos com algum potencial emancipatório, enquanto que em onze (9,82%) não consegui evidenciar nenhum componente de emancipação.

Em quarenta e duas (36,62%) das proposições tecnológicas os componentes apresentaram-se em grau mais elevado (potencial emancipatório pleno e mediano), incluindo tanto a clientela como o profissional. As outras cinquenta e nove (53,56%) proposições, ou seja, a maioria, mesmo que em menor escala, possui algum potencial emancipatório (mínimo, restrito ao profissional e restrito também a clientela).

O que esses dados podem representar? Penso que, consciente ou inconscientemente, os enfermeiros estão buscando uma práxis de enfermagem que leve à libertação do sujeito, de modo que, enquanto um ser que possui uma história, que faz parte de um contexto sócio-econômico-político-cultural, possa

ser ator na vida, na busca da auto-realização própria e coletiva. Isso é, de fato, uma utopia e, quando me reporto a ela, concordo com Freire (1980: 27), quando diz que *“a utopia não é o irrealizável; a utopia não é o idealismo, é a dialetização dos atos de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante”*. Por esta razão, diz ele, *“a utopia é também compromisso histórico”*, como expressão do desejo de felicidade individual ou coletivamente.

Neste sentido, os profissionais, ao produzirem e utilizarem tecnologias, acreditando nessa utopia, devem considerar que as mesmas, através de componentes como o exercício da consciência crítica, cidadania, liberdade e autonomia e das características política, histórica, ética, estética, contestatória e competência, devem possibilitar à clientela e ao profissional o processo de emancipação, para a construção de uma sociedade com ‘cara’ mais humana e, para isso, também são necessários desejo, curiosidade, participação, organização política e social e luta coletiva.

Em relação aos quatro componentes emancipatórios, que devem estar mutuamente relacionados, o de menor frequência foi a liberdade (8,01%), seguido pela autonomia (20,38%). O exercício da consciência crítica (35,55%) e cidadania (39,06%) apareceram com maior frequência que os dois primeiros.

Freire (1998: 118), ao considerar o caráter coletivo do sentido de liberdade, se posiciona, dizendo que a liberdade *“sem limite é tão negada quanto a liberdade asfixiada ou castrada. Quanto mais criticamente a liberdade assumir o limite necessário tanto mais autoridade tem ela, eticamente falando, para continuar lutando em seu nome”*. Diante disso, o enfermeiro, em suas ações, deve considerar a sua liberdade e do outro, nesta ótica de espaço possível e ao mesmo tempo limitado.

O exercício da autonomia, como componente enunciado na proposição tecnológica, tanto do profissional quanto da clientela, também foi pouco expressiva. Suponho que esse número reduzido esteja relacionado ao fato do profissional, quando na apresentação descritiva da tecnologia, não refletir consistentemente sobre o grau de autonomia que ele ou a clientela possuem, ou seja, talvez ele acredite somente numa autonomia absoluta, algo irrealizável

para as condições e características do trabalho na saúde. No entanto, postulo uma autonomia relativa, no sentido em que Castoriadis (1991: 126) também apresenta, ou seja, *“a autonomia não é pois a elucidação sem resíduo e eliminação total do discurso do outro não reconhecido com tal. Ela é a instauração de uma outra relação entre o discurso do outro e o discurso do sujeito”*.

Os seres humanos vivem com a necessidade da complementaridade do outro. A enfermagem não existe por si só, mas relaciona-se com outras profissões, com as quais compartilha um mesmo objeto e finalidade, num trabalho cooperativo. Leopardi (1991), em sua tese de doutoramento explora a questão da interdependência entre a medicina e a enfermagem, mantendo seus próprios espaços de autonomia, o que foi confirmado por Lunardi (1998), em sua pesquisa. Isso vem confirmar a relatividade da autonomia profissional, dadas as características da organização tecnológica do trabalho na saúde.

A consciência crítica foi destacada, demonstrando o desejo dos enfermeiros na construção de uma realidade mais humana, pela perspectiva assumida de que, através dela, se chegará a uma sociedade onde as pessoas tomam o governo de si, afastando-se da submissão pastoral. Quanto mais profissionais e clientela se tornam conscientizados, mais capacitados estarão para atuar numa práxis histórica, para viver sua identidade, sem domínio de uns pelos outros.

O componente do exercício da cidadania foi o que se sobressaiu em relação aos outros, como uma inquietude, ‘sede’, por parte dos profissionais na construção da cidadania, embora nem sempre tenham os meios para fazê-lo. Portanto, é necessário que essa perspectiva seja posta pela determinação de um conjunto de metas, que devem ser buscadas sempre, pelos profissionais de enfermagem juntamente com a clientela, como componentes necessários para atingir, o que chamo auto-realização e momentos de felicidade, pela experiência da saúde. A construção da cidadania também leva à expansão da capacidade humana de compartilhar, aceitar, tolerar e até ‘curtir’ a enorme diversidade dos cidadãos que fazem parte no convívio cotidiano. E isso é um grande desafio, e, como referem Candau *et al.* (1995: 10), acreditando *“na construção coletiva, na*

indignação ética e no dinamismo emergente de uma cidadania ativa e comprometida”.

No que se refere ao componente emancipatório da consciência crítica, foram encontrados, nos discursos das proposições tecnológicas, elementos interessantes que o compuseram. Dentre eles, destaque, com suas respectivas freqüências: intervenção transformadora (55), integralidade (53), instrumentalização para a ação (53), desejo de transformação (42), consciência histórico-político-ecológica (36), consciência profissional (36) e responsabilidade (30).

A conscientização, como já foi apontado no caminho teórico, consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência. Portanto, a conscientização implica, conforme Freire (1980: 26) *“que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”*. Para o autor, esta conscientização só existe na *práxis*, no ato da ação-reflexão-ação. E esta unidade dialética, diz ele, *“constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens”*.

Neste sentido, encontrei, nos elementos acima apresentados, discursos que estão voltados para uma *práxis* de enfermagem em que a conscientização das pessoas esteja presente nas tecnologias propostas.

No elemento integralidade, observei uma preocupação em considerar as dimensões bio-psíco-sócio-econômico-cultural-espiritual, para a busca do ser humano saudável. Este ser saudável significa, para Capra (1982: 317), *“estar em sincronia consigo mesmo (física e mentalmente) e também com o mundo circundante”*.

A intervenção transformadora resulta da conscientização, pois ela se gera, através da responsabilidade e participação efetiva de todos no processo terapêutico. Observei que a intervenção transformadora constituiu-se também na construção do homem, com todas as suas virtudes.

A responsabilidade mútua do profissional e clientela, quanto à construção da sociedade e na defesa dos direitos, em prol de uma vida digna e

saudável, foram aspectos que se destacaram. Foram apontados a observação global dos clientes, o compartilhar informações, como estratégias para que a clientela participe conscientemente do processo decisório sobre a ação terapêutica.

Outro elemento que merece destaque é a consciência histórico-político-ecológica, mas não como uma mera apreensão formal do mundo, pois supõe a inclusão dos registros da origem e das conseqüências do fato analisado, em relação a seu meio social e natural, ou seja, a dinamicidade do ser humano implicada com a realidade concreta e histórica. As pessoas envolvidas no processo de cuidado devem, portanto, basear-se, conforme Capra (1982: 326) *“no reconhecimento de que a saúde dos seres humanos é determinado, acima de tudo, por seu comportamento, sua alimentação e a natureza do seu meio ambiente”*.

A instrumentalização para a ação foi também indicada como um meio que auxilia tanto o profissional, quanto clientela, na busca de melhoria do cuidado, como componente no processo emancipatório dos sujeitos. Foram utilizados o saber de enfermagem (diagnóstico interpretativo, planejamento), artefatos, competência continuada, persistência, paciência e a boa vontade dos membros da equipe de enfermagem, no sentido de promover a independência da clientela, no seu processo de viver com qualidade. A instrumentalização, portanto, é considerada importante, porque oferece condições necessárias e confortáveis ao profissional e clientela, permitindo o desenvolvimento cada vez mais acurado de suas capacidades, para a tomada de decisão a respeito de suas vidas.

O elemento desejo de transformação, ligado ao projeto de transformação, foi associado à necessidade de inclusão da família, proporcionando melhor qualidade da assistência e sua ampliação.

O elemento consciência profissional foi identificado como aderência a valores próprios da profissão, no sentido de evidenciar sua natureza e domínio, em que a sensibilidade, justiça, honestidade, compromisso, capacidade interativa, criatividade, competência técnico-científico-político-social, respeito à vida das pessoas são alguns dos ingredientes essenciais, para a sua

integridade enquanto profissional e a dos outros, co-partícipes do processo cuidativo.

Em todos esses elementos que compõem o exercício da consciência crítica, pode perceber a ética, que perpassou nos discursos das proposições tecnológicas estudadas, principalmente no que tange a valores ligados à humanização e ao respeito à vida digna dos seres humanos, no processo cotidiano de se viver. A força e o poder de enfermagem, segundo Barroso (1995: 21), reside na sua capacidade

para perceberem a essência em tudo o que for dito, pensado e realizado. Porque só a reflexão em cima da verdade, que eleva o ser humano, podendo construir um mundo que propicie o conforto e o bem estar que a tecnologia pode proporcionar à humanidade em tempo de paz.

Quando se buscou a manifestação do exercício da cidadania nas proposições apresentadas, vários elementos emergiram, com frequências variadas, tais como: relações éticas (64), conforto e cuidado (49), solidariedade (39), bem comum (33), participação (33), reciprocidade (30), segurança preservada (29), luta coletiva (26), equânimidade (20), auto-realização (11) e reabilitação para a vida social (11).

Observei que a luta pelos direitos humanos é uma preocupação dos profissionais e se dá no seu dia a dia, afetando profundamente o processo de viver individual e coletivo, desejado como justo, belo, verdadeiro e bom. Não é uma mera convicção teórica, que faz com que os direitos se tornem realidade, mas sua tradução na prática, em atitudes e comportamentos que registrem maneiras de pensar, sentir, agir e conviver. E esse processo de conquista dos direitos humanos, no exercício de cidadania, está intimamente relacionado com as buscas de libertação do estado de sujeição e pobreza política, nas práticas desenvolvidas nos micro-espacos em que atuamos.

Assim também se deve pensar em relação à auto-realização, à busca da preservação da segurança física, emocional, social e espiritual.

Senti, porém, falta na consideração da preservação da segurança do cuidador. Penso que, no momento em que ele sentir que, na sua vida, há segurança, poderá transmiti-la ao outro. Este é um aspecto que deverá ser considerado na construção de tecnologias.

No que tange à equanimidade, os discursos apresentaram um número pouco significativo, porém, mostrou-se ser uma preocupação por parte do profissional e da clientela e, assim como a busca do bem comum, proporciona o compartilhamento dos recursos individuais e coletivos, pela participação e a solidariedade.

Participação, para Demo (1988: 82), *“é um processo imorredouro de conquista, não é dada, é criada, não é dádiva, é reivindicação, não é concessão, é sobrevivência. Participação precisa ser construída, forçada, refeita e recriada”*. Neste sentido, percebo o quanto é necessário o enfermeiro e a clientela construírem os seus espaços de participação, na tentativa de vislumbrar estratégias para um mundo melhor, em que os seres humanos realmente sejam humanos e não meros objetos de manipulação de uma minoria privilegiada.

Quanto ao elemento relações éticas, foi o de maior destaque. Encontro em Caponi (1995: 58) o reforço necessário a esse elemento, quando diz:

... devemos viver uma existência humana entre humanos, em que a liberdade e a responsabilidade resultam ser exigências éticas inevitáveis, onde será preciso encontrar o modo de articular o respeito pela dignidade de todos com a busca e a construção, porque não artística, de uma vida digna de ser vivida,....

Portanto, o profissional, na construção de proposições tecnológicas emancipatórias, precisa considerar e incluir as relações éticas como condições importantes para o desenvolvimento da mesma e como característica que permeia todo o processo emancipatório.

O espaço da relação terapêutica demonstrou ser um espaço rico para o exercício solidário, auxiliando na construção da cidadania dos agentes envolvidos no seu processo.

O exercício dos direitos, a reciprocidade e a luta coletiva foram enunciados pela busca de objetivação de estratégias para a realização de interesses próprios associados com interesses coletivos. A reflexão crítica coletiva e a conseqüente ação sobre a realidade oportuniza o aumento de chances de uma vida saudável e feliz aos seres humanos partícipes desse processo.

A reabilitação para a vida social consiste na preparação das pessoas sob os cuidados do enfermeiro para a sua re-integração à sociedade, como forma de impedir a exclusão. Para isso, é necessário que profissional e clientela juntos estabeleçam metas e planos que se consolidem como desenvolvimento de potencialidades, para que as pessoas possam manter-se ativas e participantes.

Todos esses elementos foram indicados como próprios ao exercício de cidadania, resultando em que o processo emancipatório, conforme Demo (1995: 13), se constitua

um fenômeno profundo e complexo, de teor tipicamente político, e que supõe, concretamente, a formação de um tipo de competência, ou seja, de saber fazer-se sujeito histórico capaz de pensar e conduzir seu destino (...) negando aceitar-se como objeto.

Em relação ao componente emancipatório exercício de liberdade, apareceram também vários elementos aqui apresentados com suas freqüências, ou seja: vivência cultural (15), vivência estética (15), limite e possibilidade (15), independência (14), escolha de alternativas (14) e ação contra-hegemônica (6). Pode-se perceber um certo desconforto entre os profissionais em mencionar a liberdade, porém, alguns elementos foram encontrados e indicam possibilidades de serem vivenciados quando os sujeitos encontram um equilíbrio entre o seu próprio conceito e sua capacidade de

administrar os limites encontrados. A liberdade parece condicionada à vida social, uma vez que compreendem que as pessoas convivem com base em estatutos legais e morais que eles próprios produzem, como a indicar que sem eles sempre poderia haver brechas para relações egoístas e repressoras.

Assim, apareceram escolha de alternativas, direito à vivência cultural e à vivência estética, possibilidade de ação contra-hegemônica e necessidade de reconhecimento de limites e possibilidades. O limite e a possibilidade são dois pólos que permitem aos seres humanos movimentarem-se e expressarem-se. Neste sentido, Freire (1998: 118) coloca: *"quanto mais criticamente a liberdade assuma o limite necessário tanto mais autoridade tem ela, eticamente falando, para continuar lutando em seu nome"*.

Outro elemento que emergiu dos discursos e que se constituiu como componente do exercício de liberdade é a independência. É o âmbito de ação delimitado pelos limites e possibilidades. Neste campo de ação, tanto o profissional tem liberdade de agir como a clientela, ainda que, para isso, necessite da ajuda de um instrumento que lhe amplie as capacidades.

Esses elementos constituintes do exercício de liberdade apontam um 'leque' de possibilidades em que profissionais e clientela possam atuar. Para tanto, Freire (1998: 119) aponta que *"a liberdade amadurece no confronto com outras liberdades, na defesa de seus direitos em face da autoridade do Estado"*, do enfermeiro, da clientela.

O componente emancipatório do exercício de autonomia também congregou vários elementos, os quais passo a apresentar, com as respectivas frequências, ou seja: decisão sobre assistência de enfermagem (45), desenvolvimento de capacidades (43), autodeterminação (37), autoridade (25), auto-organização (23) e criatividade (18).

Portanto, a autonomia vai se constituindo, conforme Freire (1998: 120-121), *"na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser"*. Neste sentido, o exercício de autonomia tem de estar centrado em experiências que estimulam a decisão e a responsabilidade do profissional e da clientela.

O desenvolvimento de capacidades, entre elas a física e educacional, é um dos elementos que permitem o domínio de conhecimento e ampliação de destrezas para a execução competente de ações determinadas, tanto pelo profissional como pela clientela.

A autoridade foi apresentada como uma competência para argumentação sobre uma escolha, de tal modo coerente e lógica que provoque mudanças pela reflexão, em vez da coersão, sendo as pessoas autores criativos no meio em que vivem. Para Freire (1998: 104) *“a autoridade verdadeiramente democrática está convicta de que a disciplina verdadeira não existe na estagnação, no silêncio dos silenciados, mas no alvoroço dos inquietos, na dúvida que instiga, na esperança que desperta”*.

O elemento criatividade apresentado envolve intuição, sensibilidade, arte, estilo próprio, capacidade de compreensão, permitindo que o processo de cuidar se torne mais humano. Os espaços da relação terapêutica e da educação à saúde demonstraram serem excelentes para a manifestação criativa e estética das pessoas. Estas questões só fazem sentido se respaldadas numa ética que, conforme Martins (1995: 191), proporcione ao ser humano, *“expressar-se criativo, isto é, que se mostre ultrapassando os limites do aceito, ou já instuído e ousando experiências de construção de um outro bem que amplie a possibilidade de busca da felicidade humana”*.

A auto-organização apresentou-se como o elemento que traduz o modo pessoal de apreensão de uma dada realidade e da intervenção, como forma sistematizada que um sujeito tem de relacionar-se com ela, utilizando-se de meios e instrumentos auxiliares, considerando-se a possibilidade de auto-determinação.

Outro elemento trazido à reflexão é a decisão sobre a assistência de enfermagem, pelo qual foram indicadas as estratégias profissionais para a escolha das melhores alternativas tecnológicas para o processo assistencial, das quais não deverá abrir ‘mão’, sem que a clientela efetivamente seja informada das suas conseqüências.

Todos os componentes emancipatórios, com seus respectivos elementos, emergidos das proposições tecnológicas analisadas, demonstram o

quão é importante a inclusão dos mesmos na apresentação de novas tecnologias. Neste sentido, os enfermeiros têm demonstrado, segundo Waldow (1998: 80)

uma crescente avidez por novos conhecimentos, novas práticas, novas abordagens, assim como compartilhar suas vivências, suas criações, suas dúvidas e incertezas, pois parecem dar-se por conta de que estamos enfrentando crises e mudanças muito rápidas que nos afetam como seres humanos, mulheres e profissionais de saúde que atuam com outros seres humanos.

Após essas considerações, gostaria de trazer um aspecto ao qual profissionais e clientela devem estar atentos, para que não fiquem 'desesperançados'. Falo dos aspectos desumanos que podem ser decorrentes do uso não ético da tecnologia. Portanto, a questão se desloca para as relações entre ética e tecnologia, para o emprego e as finalidades a que se destinam. Vem ocorrendo um acelerado desenvolvimento tecnológico, que parece acompanhar-se necessariamente de uma crise de valores morais. Será que a tecnologia encerra em si mesma uma ameaça ao ser humano? Que espaço pode estar reservado à ética, estética e à própria história, neste campo tecnológico em que se transforma progressivamente o mundo do ser humano?

Faria (199...:21) enuncia que "*tudo deve ser considerado como possível, tudo o que é possível deve ser tentado*". Para a mesma autora, "*o avanço tecnológico cria ele mesmo novas necessidades e se expande em resposta a elas ampliando horizontes e ao mesmo tempo criando os caminhos a serem percorridos*". Penso que a tecnologia deve emergir das necessidades e da cultura das pessoas e não ser algo discriminatório, de modo a que, muitas vezes, somente uma minoria tem acesso à ela.

Schumacher (1981: 131) enumera três crises simultâneas com que o mundo moderno amoldado pela tecnologia está envolvido:

- a) a natureza humana revolta-se contra inúmeros modelos tecnológicos, organizacionais e políticos, que experencia como sufocantes e debilitantes;*
- b) o ambiente vivo que suporta a vida humana sente dor, geme e dá indícios de colapso parcial;*
- c) as depredações cometidas contra os recursos mundiais não renováveis (combustíveis fósseis).*

Diante disso, o mesmo autor coloca que a tecnologia é vista, cada vez mais, como desumana, porque não desenvolvemos tecnologias com 'fisionomia humana'. O autor propõe, ainda, o nome de tecnologia intermediária, a que todos teriam acesso e que não está reservada somente aos que são ricos e poderosos. Apregoa uma tecnologia que reintegra o ser humano.

A tecnologia apropriada vem despontando como uma forma de tecnologia adaptada ao ambiente sócio-cultural de uma determinada realidade. Oliveira (1981: 88) refere que a tecnologia apropriada na área de saúde "deve visar com prioridade a tecnologia de processo, ou seja, o desenvolvimento de técnicas, métodos e procedimentos, cuja adaptação e operacionalização é mais difícil do que a tecnologia de objeto (equipamento e instalações)".

A tecnologia emancipatória, como apresentada neste estudo, é outra possibilidade que procura proteger e resgatar o humano.

Para Faria (199.:21), a

capacidade de dominar os processos tecnológicos é unanimemente o caminho que se aponta como capaz de elevar significativamente os índices de qualidade de vida. Mas também é verdade que é o responsável pelo aprofundamento do abismo que separa ricos e pobres.

Diante do mundo complexo em que vivemos, só a sabedoria prática (aqui entendida como tecnologia emancipatória), que é sensível ao concreto, ao histórico, ao contextual, pode nos oferecer uma esperança de felicidade, num ambiente saudável, com o qual enfermeiros devem estar comprometidos.

Faria (199.: 24) coloca que é preciso combater a

onipotência da 'razão calculante' e abrir o espaço à 'razão meditante', à gratuidade da contemplação, à generosidade de um 'logos' que se manifesta de múltiplas formas e nos oferece recursos tão inesperados quanto desconhecidos, mas capazes talvez de recuperar para o homem de hoje a idéia de que a harmonia deve existir e pode existir e de que um dever ser apontado no horizonte é cada vez mais vital para a sobrevivência do humano.

Encontro nas características propostas para a qualificação de uma tecnologia como emancipatória, enquanto seus componentes e elementos, meios que auxiliarão no resgate do humano, no momento que profissionais e clientela são considerados construtores e sujeitos atuantes no processo de viver para uma vida saudável. Desta forma, o trabalho, e sua decorrência, como produtor de meios de subsistência, alcançaria uma nova (ainda que sempre presente na idéia coletiva de bem e justiça) dimensão, para constituir-se em meio de transcendência para os seres humanos, no sentido de permitir-lhes uma vida plena, constituída pela sua livre expressão social e pelo resgate de sua identidade.

Ao finalizar, por ora, o percurso desse caminho reflexivo, quero retomar o problema, a tese e os objetivos propostos no início deste estudo, para fazer uma avaliação dos mesmos.

O problema que norteou esta trajetória foi o seguinte:

- ✓ ***é possível, dentro da práxis de enfermagem, se considerar uma proposta de utilização do saber como tecnologia emancipatória?***

A tese anunciada foi:

- ✓ ***há uma possibilidade de encontrar, no saber envolvido nas práticas de enfermagem formas de tecnologias para o processo***

de emancipação dos sujeitos participantes na relação terapêutica específica, ou seja, no cuidado.

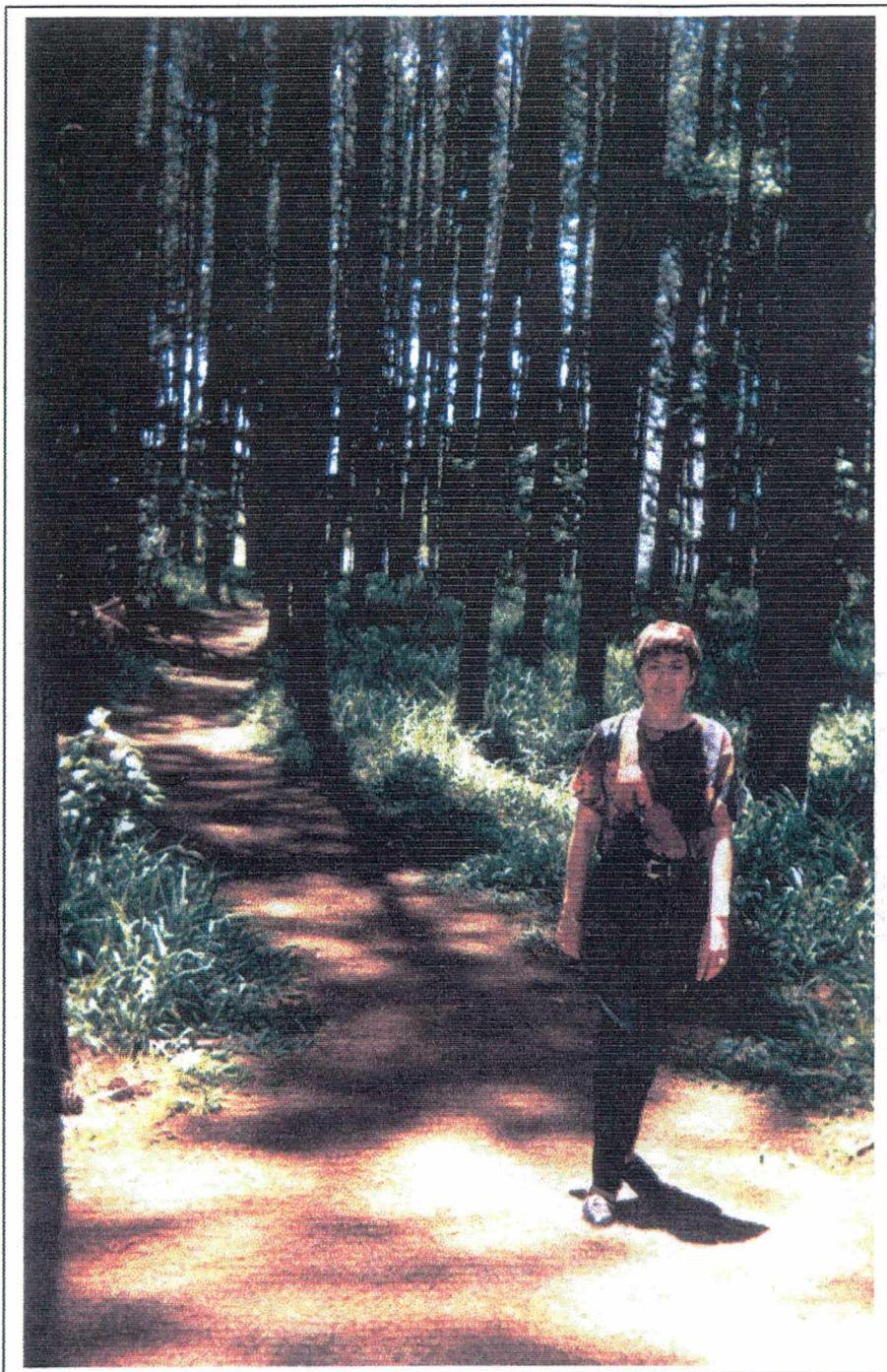
Os objetivos que persegui durante a caminhada foram:

- ✓ ***caracterizar o saber produzido pela enfermagem enquanto tecnologia, evidenciando suas potencialidades emancipatórias configuradas através de categorias construídas a partir da análise dos conceitos emitidos pelos profissionais;***
- ✓ ***construir indicadores de avaliação das tecnologias de enfermagem, de modo que evidenciem sua possibilidade emancipatória.***

Diante desses guias norteadores, chego ao final, confirmando a tese proposta bem como o problema apresentado, dizendo que, embora tenha encontrado reduzido número de proposições tecnológicas, ou seja, cento e doze (7,31%) do total de 1533 trabalhos lidos, as que se constituíram na fonte de dados para a avaliação do potencial emancipatório foram classificadas de acordo com diferentes critérios, chegando a um total de onze (9,83%) que não apresentaram potencial emancipatório e cento e um (90,17%) que demonstraram algum potencial emancipatório. O quadro final ficou assim constituído: dezenove (16,97%) com potencial emancipatório pleno, vinte e três (19,65%) com potencial mediano, trinta e seis (33,03%) com potencial mínimo, dezessete (15,18%) com proposições restritas ao profissional, seis (5,32%) com proposições restritas à clientela. A tecnologia com algum potencial emancipatório se caracterizou pela introdução de elementos no cuidado de enfermagem que permitem uma práxis que poderá transformar tanto o profissional e clientela em sujeitos do processo que estará ocorrendo. Portanto, ficou demonstrado que existe esta potencialidade emancipatória no saber de enfermagem nas fontes e período estudado, enquanto tecnologia.

As pessoas que desejam, expressando uma consciência crítica e ética, utilizar essas proposições tecnológicas emancipatórias em sua práxis,

necessariamente passarão por um processo de reflexão sobre seu lugar no mundo, sua própria história, sua própria condição, enquanto profissional e cidadão, para que elas não transformem sua identidade, mas, sim, se constituam em meios para envolverem-se efetivamente na construção de sua utopia social, estética e espiritual.



6 - A CHEGADA

*Somente o sonho viabiliza a produção da
melhor realidade*
(Cavalcanti, s. d.).

Felizmente ou infelizmente, cada caminhada necessita de uma parada, um ponto de chegada. É neste sentido que estou chegando, para dizer da minha satisfação e alegria de ter percorrido este caminho, embora tenha sido longo, ardoroso, em que tive vários tropeços, encontros e desencontros, mas ao mesmo tempo, acredito que, como o prazer de ter, neste estudo, semeado vários caminhos, ainda, a serem desbravados. Acredito que, como Orem (1995), o conhecimento relevante sobre processos e métodos de prática de enfermagem está largamente espalhado e que um esforço considerável precisa organizar o conhecimento disponível, em uma forma que possa ser aplicada e testada em situações de prática de enfermagem.

Neste sentido, espero ter contribuído para o crescimento da enfermagem. Mesmo que esta contribuição tenha sido pequena, como o tamanho de um grão de areia, já me sinto gratificada e auto-realizada. Nesta caminhada, encontrei muitas pessoas que compartilharam comigo e que me deram força e entusiasmo para prosseguir no desenvolvimento da temática escolhida para este estudo. Dentre elas, ressalto Souza (1998: 1) e suas palavras a mim remetidas, dizendo que “*só uma tecnologia emancipatória, com possibilidade para uma práxis transformadora, a Enfermagem poderá se firmar no terceiro milênio como uma profissão, reconhecida pela sociedade*”.

Também gostaria, nesta chegada, de retornar ao título desse trabalho, ou seja, ***tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?*** Após ter percorrido os vários caminhos para chegar até aqui, ficou evidenciado que a tecnologia emancipatória defendida e analisada neste estudo constitui-se uma ***possibilidade*** para a práxis de enfermagem, na construção de sujeitos que sejam co-partícipes no processo de cuidar, para uma vida saudável.

Porque considero este trabalho dentro da área de Filosofia em saúde? Penso que quando proponho um referencial teórico em que seu principal foco é

a possibilidade emancipatória, o resgate das relações e do ser humano, tanto do profissional e da clientela, permitindo que se faça uma reflexão da práxis de enfermagem e confrontando o saber de enfermagem com outros saberes, estou buscando na filosofia o suporte para a compreensão da realidade.

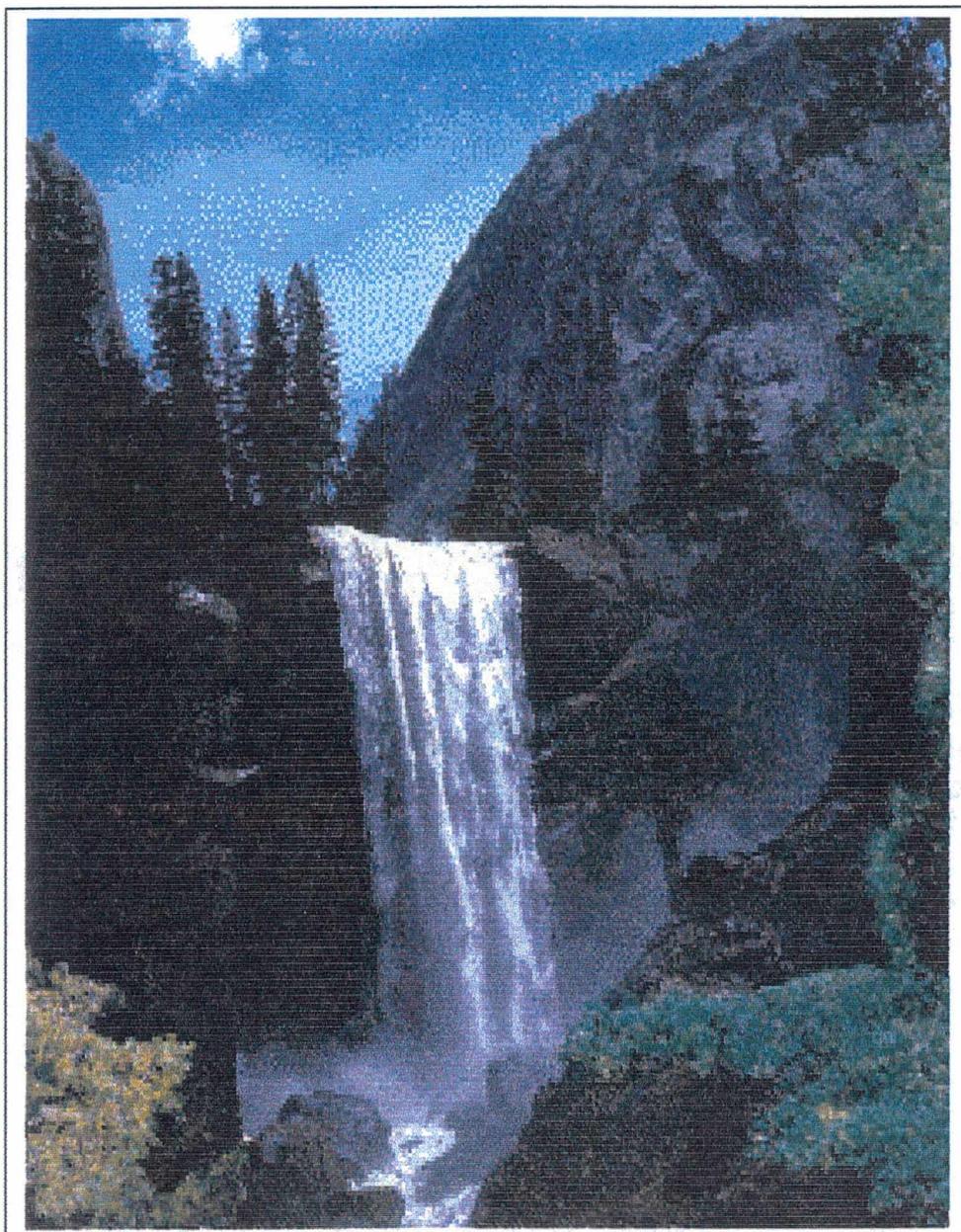
Mais que isto, está profundamente implicada com a ética dessas relações, quando me interesso em refletir sobre sujeitos que fazem escolhas, considerando-se a transformação de seu mundo cotidiano, pela sustentação de valores genéricos. E, também, por apresentar uma análise crítica da construção de enfermagem.

Diante de todos os aspectos apresentados e discutidos nesta caminhada, gostaria ao término desta, de deixar uma palavra final. Mas é possível uma palavra final? Acredito que é viável deixar uma mensagem, por saber que carecemos de reflexões e por acreditar que é possível transformar a Enfermagem, enquanto corpo de conhecimentos, bem como despertar seus profissionais, para que esta transformação se configure na sua práxis.

Reconheço o tamanho da intenção e a fragilidade do realizado, mas me conforto pela certeza de que, expondo esta versão de um recorte da realidade, estou permitindo acesso a alguns aspectos de minha própria subjetividade e a outros que revelam uma lógica de pensamento. Exposta à comunidade acadêmica e à sociedade, pode ser afirmada ou negada, desenvolvida ou esquecida.

Assim, com a humildade de quem se coloca a julgamento, mas com a paixão de quem acredita no que diz, este trabalho não me pertence mais, como aliás nunca me pertenceu. É resultante de um interesse particular, porém se sustenta na herança do conhecimento humano solidariamente compartilhado na longa, apaixonante e instigadora história das sociedades.

Obrigada a todos os seres humanos que caminharam comigo de mãos dadas para que pudesse chegar aqui... e poder começar novamente, a caminhar.



7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A fonte bibliográfica, é uma das luzes que iluminam os caminhos da investigação.

- ABAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**, 2. ed., São Paulo: Mestre Jou, 1982.
- ALMEIDA, M. C. *et al.*. A produção do conhecimento na pós-graduação em Enfermagem. In: **Anais... 33º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Manaus, 2-7/08/1991, p. 119-126.
- ALMEIDA, M. C.; ROCHA, S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALONSO, I. L. K. **Buscando caminhos para o viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às mulheres "mães de primeira viagem em seus enfrentamentos cotidianos"**. Florianópolis. UFSC. Dissertação de Mestrado, 1994, 224p.
- ANDRAUS, L. M. S. **Exame físico do lactente: proposição de um modelo de registro**. Rio de Janeiro, UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1990, 126p.
- ARAGÃO, Lucia M. de C. **Razão comunicativa e teoria social crítica em Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.
- ARANHA, M. L.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando - introdução à filosofia**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1993.
- A RAZÃO. In: **Jornal A Razão**. Santa Maria, 12/04, 1991.
- ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- _____. **A condição humana**. 6 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- ARNDT, C.; HUCKABAY, L. M. D. **Administração em enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
- ARRUDA, E. N.; EI PIP C & C - Programa integrado de investigación cuidando y confortando. **Rev. Horizonte de enfermería**. Santiago - Chile, 6 (2): 13-15, dez., 1995.

- AYALA, E. J. Z.; LAMEIRA, L. J. C. Considerações básicas sobre a pesquisa. In: **Cadernos de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Educação**. UFSM, Santa Maria, n.12, 1989.
- AYRES, J. R. de Carvalho M. O saber necessário e as chances da saúde: uma hermenêutica do conceito epidemiológico de risco. Trabalho extraído da tese de doutorado - **Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco**. São Paulo, USP, 1995.
- _____. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- AZEVEDO, Ivete Soares *et al.*. Tratamento das escaras de decúbito com própolis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 39 (2/3):33 a 37, jan/set/ 1986.
- BARBIERI, J. Carlos. **Produção e transferência de tecnologia**. São Paulo: Ática, 1990.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, A. de S.; CHISTÓFORO, F. M. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com candidatas à laqueadura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46(2):101-106, abr/jun/1993.
- BARROSO, E. N. *et al.* **Programa de transferência de tecnologias apropriadas ao meio rural - PTTA**. Secretaria de Planejamento - SEPLAN, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Brasília, 1983.
- BARROSO, M. G. T. Enfermagem e ética: projeção para o ano 2000. **Rev. Texto e Contexto**. Florianópolis, 4(2): 18-22, jul/dez., 1995.
- BELEI, R. A. *et al.* Primeiro emprego: como treinar o enfermeiro recém-graduado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 45 (4): 308-312, out./dez/ 1992.
- BERNAL, John D. **Historia social de la ciencia 1/ la ciencia en la história**. 6. ed., Barcelona: Península, 1989.

- BERNAL, John D. **Historia social de la ciencia 2/ la ciencia en la historia**. 6. ed., Barcelona: Península, 1991.
- BERNARDO, C. de L. *et al.*. Própolis-cicatrizante e antibiótico natural. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4): 101 a 106, jan/dez 1990.
- BETANCOURT, Oscar. **La salud y el trabajo: reflexiones teórico-metodológicas**. Monitoreo Epidemiológico. Quito: CEAS/OPS, 1995.
- BORDENAVE, J. E.D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
- BREILH, Jaime. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.
- BUERGOS, R.; CHICARRO, J. *et al.*. **Metodología de Investigación**. Escola Andaluza de Salud Pública, Granada, 1994.
- BUNGE, Mário. **Ciência de la ciência**. Barcelona: Ariel, 1981.
- _____. **Epistemologia**. Barcelona: Ariel, 1981.
- _____. **Seudociencia e ideologia**. Madrid: Alianza, 1985.
- BURLAMAQUE, C. S. Publicação e difusão do conhecimento em Enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40(4): 241-245, out/dez, 1987.
- CAMPEDELLI, M. C. **Consulta de enfermagem em geriatria: proposta de modelo**. São Paulo. EEUSP, Tese de Livre Docência, 1989, 107p.
- CAMPESTRINI, Selma. Tecnologia simplificada na enfermagem materno-infantil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (2/3): 53 a 63, abr./set./1991.
- CANDAU, V. M *et al.*. **Tecendo a cidadania: oficinas pedagógicas de direitos humanos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- CAPELLA, Beatriz B. **Uma abordagem sócio-humanista para um 'modo de fazer' o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Universitária UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC, 1998.
- CAPONI, Sandra. In: **Anotações de sala de aula**. Florianópolis, 1995.

- CAPONI, Sandra. Lo bueno y lo correcto: una encrucijada en la ética contemporánea. *Rev. Texto e Contexto*. Florianópolis, 4(2): 48-59, jul./dez., 1995.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória de enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. Florianópolis, UFSC, Dissertação de Mestrado, 1994, 158p.
- CASSIANI, S. H. De B. **A coleta de dados nas pesquisas de Enfermagem: estratégias, validade e confiabilidade**. São Paulo, USP, Dissertação de Mestrado, 1987.
- CASTELLANOS, B. E. P.; SALUM, M. J. L. A relação entre a pesquisa e a prática em enfermagem e no setor saúde: reflexões e experiências de enfermeiros do campo de trabalho de pesquisa participante. In : **Anais... 5º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, Belo Horizonte, 1988.
- CASTOR, B. V. J. Tecnologia apropriada: uma proposta de critérios de avaliação e sua aplicação. *Rev. de Administração*. São Paulo, 18 (2):40-47, abril/jun.,1983.
- CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto 1**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- _____. **A instituição imaginária da sociedade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- CAVALCANTI, V. In: **Cartões postais**. Florianópolis, 199-.
- CENTRO DE ESTUDOS ANGOLANOS. **O que é a História da sociedade humana**. 6. ed., São Paulo-Rio de Janeiro: Global, 1990.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.
- CHIDA, A. Maya. **Orientação sistematizada a pacientes internados com doença transmissível**. São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1990, 162p.

- CHINN, P.; KRAMER, M. J. **Theory and nursing**. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar**. Ribeirão Preto, EERP, Dissertação de Mestrado, 1993, 69p.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover à vida: da prática das mulheres de virtude dos cuidados de enfermagem**. Damaia/ Lisboa: Printipo, 1989.
- CONTREAS, Justina. **Assistência de Enfermagem a clientes hansenianos: modelo de adaptação de Roy**. Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990, 169p.
- CORDEIRO, H.; TAVARES, R. **As contribuições das Ciências Sociais ao estudo da Tecnologia em Saúde**. In: Nunes, E. D. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985. p.323-333.
- COSTA, S. F Geraldo da. **Processo de educação educativa para o parto**. João Pessoa. UFPb., Dissertação de Mestrado, 1990, 171p.
- CRUZ, I. C. F. **Diagnósticos de Enfermagem-estratégia para sua formulação e validação**. In: **Anais... 6º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem - analisada a Dissertação de Mestrado**, 1993.
- DALL'AGNOL, C. M. **O agir-refletir-agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho**. Florianópolis, UFSC. Dissertação de Mestrado, 1993, 193p.
- DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.
- _____. **Pobreza política**. 3. ed. São Paulo: Cortez : Autores Associados, 1991.
- _____. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. São Paulo: Cortez, 1990.
- _____. **Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- _____. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas - São Paulo: Autores Associados, 1995.

- DIAS, Lygia Paim Müller *et al.*. **Enfermagem verbo Criar**. Florianópolis: UFSC, 1992.
- _____. Un grupo de Investigación atento al talento creativo y a expresión artística en la enfermería - GIATE. **Rev. Horizonte de enfermería**. Santiago - Chile, 6 (2):53-55, dez/1995.
- _____. **Projeto Grupo de Pesquisa - GIATE**. Florianópolis, 1992.
- DONABEDIAN, A. **The assessment of technology and quality**. Cambridge: University Press, 1988:487-496.
- DOWNIE, N. M.; HEATH, R. W., **Basic Statistical Methods**. 3 ed., New York: Harper & Row, 1970.
- DUARTE, E. R. M. *et al.*. A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para a assistência de Enfermagem à criança. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40(1):74 a 81, jan/mar/1987.
- ENOKI, H. *et al.*. A produção científica acerca da comunicação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40(1):34-37, jan/fev/mar/1987.
- EPSTEIN, C. **Interação efetiva na enfermagem**. São Paulo: EPU, 1977.
- ERDMANN, A. I. **Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de Ensino: proposta de um modelo**. Rio de Janeiro. UERJ, Tese de Livre Docência, 1987, 150p.
- FARIA, J. Henrique de. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: Ed. da UFPr, 1992.
- FARIA, M. do C. B. **Ética e sociedade tecnológica**. **Rev. Areté**. Departamento de Filosofia da Universidade Santa Úrsula, [199.].
- FARIA, Eliana. M. **Comunicação na saúde. Fim da assimetria?** Pelotas: Ed. Universitária UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC, 1998.
- FERRAZ, A. E. P. **Busca de informações: uma estratégia de "coping"**. Ribeirão Preto: EERP, Dissertação de Mestrado, 1988. 163p.

- FERNANDEZ, M. A. **Processo de Enfermagem dirigido: avaliação da segurança emocional.** São Paulo: EEUSP, Tese de Doutorado, 1988, 148p.
- FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FERREIRA, M. de L. da Silva M. **Assistência à mulher com câncer de mama: análise dos periódicos nacionais.** Ribeirão Preto, USP. Dissertação de Mestrado, 1993.
- FERREIRA, Nilda T. **Cidadania uma questão para a educação.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- FOUCAULT, Michel. **Tecnologias dei yo.** Barcelona: Paidós Ibérica, 1990.
- _____. **Vigiar e punir.** 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.
- _____. **Microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- FRAGA, M. de Nazaré de Oliveira *et al.*. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica: dificuldades e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** 39(2/3):94 a 102, abr/set/ 1986.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** 17. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- _____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed., São Paulo: Moraes, 1980.
- _____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 8. ed., São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- FRIEDLANDER, M. E. *et al.*. Publicações em enfermagem: levantamento de prioridades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (4):246-253, out/dez, 1987.
- GABRIEL, R.; FAKIH, F. T. Proposta de ficha cadastral e banco de dados informatizado para levantamento de dados epidemiológicos e de evolução clínica dos clientes soro-positivos para HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (3/4): 317-136, jul/dez/1993.
- GELAIN, Ivo. O trabalho do enfermeiro como elemento de valorização do profissão. In: **Anais.. Jubileu de Ouro do Curso de Graduação em**

enfermagem da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1989.

____. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. *Rev. Texto e Contexto*. Florianópolis, 4(2): 9-17, jul/dez., 1995.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

GEOVANINI, Telma *et al.*. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GHIORZI, Angela da Rosa. **Possibilidades e limites para uma prática transformadora na enfermagem familiar**. Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1991, 251p.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, Tese de Doutorado, 1986.

____. **Processo de trabalho em saúde**. São Paulo, 198., (mimeo)

____. **Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem**. São Paulo, 1988. (mimeo)

____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GRANGER, Gilles Gaston. **A ciência e as ciências**. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: USP, 1994.

GREER, A. L. **The state of art versus the state of the science: the difusion of new medical technologies**. Cambridge University Press, 1988: 5-25.

GUIMARÃES, A. L. A. **Implementação do marco conceituai de Dorothea Orem na assistência a indivíduos em diálise peritoneal ambulatorial contínua**. Florianópolis, UFSC. Dissertação de Mestrado, 1989, 314p.

- GUIMARÃES, R. A. C. Análise da implantação do sistema fechado simplificado durante a assistência de enfermagem aos clientes em diálise peritoneal intermitente manual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4) 58 a 63, jan/dez/1990.
- GUTIERRÉZ, A. C. **Comentário do projeto e artigo apresentado na prova de qualificação**. Florianópolis, 1997. (mimeo)
- HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1968.
- _____. **Conhecimento e interesse: um novo posfácio**. Introdução e tradução de José N. Heck. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- _____. **Teoria e praxis: estudios de filosofía social**. Madrid: Tecnos, 1987.
- _____. **Teoria y praxis: estudios de filosofía social**. Madrid: Vecnas, 1987.
- HELLER, Agnes. **Sociologia de la vida cotidiana**. 3. ed. Barcelona: Península, 1991.
- HIRATA, M. C. **Jardineiros sem flores: o cuidar-cuidado com o adolescente não cidadão na perspectiva da cidadania**. Salvador. UFBA, Dissertação de Mestrado, 1995, 156p.
- KNELLER, George F. **A ciência como atividade humana**. Tradução de Antônio José de Souza. Rio de Janeiro: Zahar; São Paulo: USP, 1980.
- KOLLER, E. M. P.; MACHADO, H. B. Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 45(1):74-79, Jan./mar. 1992.
- LENK, Haris. **Tecnocracia e tecnologia: notas sobre uma discussão ideológica**. In: DREITZEL, H. P. *et al.*. **Tecnocracia e ideologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- _____. **Razão pragmática: a filosofia entre a ciência e a práxis**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- LEOPARDI M. T. **Método de assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto - São Paulo, Tese de Doutorado, 1991.

- LEOPARDI M. T. Para além do trabalho alienado: a utopia de ser saudável. **Rev. Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 70-75, jul./dez 1992.
- _____. Qualidade de vida no trabalho: a busca de um trabalhador omnilateral. In: **Anais... do 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Porto Alegre, 1994, p. 179 a 183.
- _____. **Natureza e domínio da Enfermagem: ensaio preliminar.** Santa Maria, 1998. (Mimeo)
- _____. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Pelotas: Universitária - UFPEI, 1998.
- LOPES, C. M. **Aplicação de resultados de pesquisas na prática de enfermagem.** São Paulo: Sarvier, 1993.
- LOWY, Michel. **Método dialético e teoria política.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- LUCE, Margareta *et al.*. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4) : 36 a 43, jan/dez/ 1990.
- LUCE, Margareta. Relato de experiência na utilização de novas tecnologias simplificadas de enfermagem na moradia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (3/4): 337-342, jul/dez/1993.
- LUNARDI, Valéria L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem.** Florianópolis, UFSC. Tese de Doutorado, 1997.
- LUNARDI, W. D. L. F. **O mito da subalteridade do trabalho da enfermagem à medicina.** Florianópolis, UFSC. Tese de Doutorado, 1998.
- LUZ, A. M. H. *et al.*. Produção científica dos enfermeiros na área da mulher e da criança na região metropolitana de Porto Alegre. In: **Anais... 6º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.** Rio de Janeiro, 29/07 a 1º/08/1991, p.138.
- LUZ, Madel T. **Natural racional social: a razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

- McCONNEL, E. A.; MURPHY, E. Nurse's use of technology: an International concern. *Int. Nurs. Rev.* 37 (5):331-334, 1990.
- MADUREIRA, V. S. F. **Eu, você-nós: co-partícipes no educar.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1994, 170p.
- MAIA, Paulo. R. da Silva. Reflexões sobre o processo de tecnificação da medicina no Brasil. *Rev. Adm. Publ.*, Rio de Janeiro, 18 (4):125-154, out/dez/1984.
- MARTÍN, S. H. **Salud y enfermedad- ecología humana. Medicina preventiva y social.** 3. ed., Copilco-México: Fournier, 1975.
- MARTINS, C. R. Pensar arte e saúde: uma questão ética? In: **Anais... I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde.** Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.
- MEDEIROS, J. A. *et al.*. **O que é tecnologia.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- MELO, Cristina. **Divisão Social do trabalho e Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.
- MENEGHIN, Paolo. **O enfermeiro construindo e avaliando ações educativas na prevenção da AIDS.** São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1993, 140p.
- MONETTA, Lina. Uso da papaína nos curativos pela enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 40 (1) : 66 a 73, ja/mar/1987.
- MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres "mães de primeira viagem em seus enfrentamentos cotidianos".** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1994, 224p.
- NASCIMENTO, E.M.F. do, CANÇADO, M.L.B. O uso de um sistema artesanalmente construído para o ensino prático da punção e infusão intravenosa. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 44 (4): 18 a 22, out/dez/ 1991.

- NIETSCHE, E. A. Uma proposta pedagógica emancipatória para o Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - RS. Dissertação (Mestrado em Educação) - Santa Maria, 1993.**
- NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.**
- NIKKU, Nina. Informative Paternalism: studies in the ethics of promoting and predicting health. Sweden: Kanalttryckeriet Motala, 1997.**
- NOGUEIRA, M. J. de C. A pesquisa em Enfermagem no Brasil: retrospectiva histórica. Rev. Esc. de Enferm. da USP, São Paulo, 16(1):17-26, abril, 1982.**
- OLIVEIRA, A. de Lucca. Produção científica brasileira da área de enfermagem obstétrica: 1956-1986. São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Tese de Doutorado, 1992.**
- OLIVEIRA, Clarice. A enfermagem e a tecnologia apropriada: adequação da prática à realidade brasileira. In: Anais... do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Manaus, 02 a 07/08/1981.**
- OLIVEIRA, S. M. J. V. Elaboração de um modelo de ficha para o acompanhamento da assistência de Enfermagem à parturiente. In: Anais... 6º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem - avaliado a dissertação, 1991.**
- OREM, D. E. Nursing: concepts of practice. 3 ed., New York: McGraw-Hill, 1985.**
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La importancia y el papel de la tecnología apropiada en la extensión de cobertura para alcanzar la meta 'salud para todos en el año 2.000' problemas y áreas prioritarias. Washington, s.d. 10p.**
- _____. Evaluación de la eficacia y la seguridad de las tecnologías médicas. Washington, 1978.**
- _____. Política en materia de tecnología médica: análisis internacional. Washigton, 1983.**

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Proceso de desarrollo tecnológico: análisis de la demanda y uso de la tecnología de salud.** Washigton, 1985.
- OSTROWER, Fayga. **Criatividade e processo de criação.** 10. ed., Petrópolis: Vozes, 1994.
- PAGLIUCA, L. M. F. Os princípios da Teoria das necessidades e sua aplicabilidade para o paciente com indicação de transplante de córnea. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (1): 21-31, jan/mar/1993.
- PAIM, Elsa R. A enfermagem e a tecnologia apropriada: adequação da prática à realidade brasileira. In: **Anais... do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Manaus, 2 a 7/08, 1981.
- PAMPLONA, V. L. *et al.* A pesquisa etnográfica na enfermagem. In: **Anais... 7º Seminário Nacional de pesquisa em Enfermagem.** Fortaleza, 5-9/06/1994, p.154.
- PATRICIO, Zuleica M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável, individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holística-ecológica.** Florianópolis,. UFSC, Tese de Doutorado, 1994, 224p.
- PATERSON, J.; ZDERAD, L. **Enfermería Humanística.** México:Limusa, 1979.
- PEIXOTO, M. R. B. **Tecnologia no setor saúde: critério de avaliação de qualidade dos serviços hospitalares.** Belo Horizonte, 1990. Dissertação de Mestrado.
- PELZER, Marlene Teda. **A enfermeira cuidando de idoso com Alzheimer em família.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1993, 199p.
- PILLAR, B. *et al.* Technology, its assessment, and nursing. **Nursing Outlook**, 38(1):16-19, jan/fev, 1990.
- PINHEIRO, M.C.D.; LOPES, G. T. A influência do brinquedo na humanização da assistência à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (2): 117-131, abr./jun/1993.

- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- QUEIROZ, V. M. de; EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 41 (1): 26 a 35, jan/mar/1988.
- QUIVEY, M. Advanced medical technology: finding the answers. **Int. Nurs. Rev.** 37 (5):329-330, 1990.
- RAMOS, F. R. S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Pelotas: Universitária - UFPEL; Florianópolis: PEN - UFSC, 1996.
- RAYS, O. A. Planejamento de ensino: um ato político-pedagógico. **Caderno Didático do Curso de Pós-graduação em Educação**. Santa Maria, n.10, p. 1- 31, 1989.
- RATTNER, Henrique. **Informática e sociedade**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- RESENDE, Enio. **Cidadania: o remédio para as doenças culturais brasileiras**. São Paulo: Summus, 1992.
- REZENDE, A. L. M. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 1989.
- RICARDI, T. V. R. *et al.*. Importância da educação em serviço na diminuição da contaminação das amostras para a urocultura. **Rev. Bras.Enferm.**, Brasília, 43(1/4): 44 a 51, jan/dez/1990.
- ROCHA, S. M. da Silva; SILVA, G. B. da. Linhas filosóficas e ideológicas na pesquisa de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (4)214-221, out/dez/1987..
- ROSA, M. T. L. *et al.*. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem - uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: **Anais... 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Florianópolis, 2 a 7/09/1989, p. 97-126.
- SANTORO, D. C. **O bater de um coração: uma visão holística da assistência de enfermagem ao cliente infartado**. Rio de Janeiro. UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1995, 69p.

- SABINO, C. A., **Metodología de Investigación**. Buenos Aires: El Cid, 1975.
- SANTOS, Iraci dos. **Investigação de problemas de enfermagem mediante plano de ação asslstencial**. Rio de Janeiro. EERJ, Tese de Livre Docência, 1988, 174p.
- SANTOS, Silvia Azevedo dos. **Prática assistencial de enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceituai de KING**. Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990, 145p.
- SANTOS, Vamira dos. **Proposta alternativa de ensino-aprendizagem para o autocuidado: uma contribuição da enfermagem, ao enfrentamento da dor e equalização do estresse**. Ribeirão Preto. EERP, Tese de Doutorado, 1990, 162p.
- SAUPE, Rosita. **Formação do enfermeiro cidadão crítico - entendimento dos docentes de enfermagem**. *Rev. Texto e Contexto*. Florianópolis, 1(1):1-15, jan./jun., 1992.
- SCHAFF, Adam. **A sociedade informática**. 4. ed. São Paulo: UNESP, 1993.
- SCHNEIDER, J. F. *et al.*. **Enfermagem e autonomia do paciente**. In: **Anais... I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**. Florianópolis: Imprensa Universitária-UFSC, p. 169-174, 1995.
- SCHRAIBER, L. B. **Programação hoje: a força do debate**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCHUMACHER, E. F. **O negócio é ser pequeno**. 3. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- SEVERINO, Joaquim A. **Metodologia do trabalho científico**. 17 ed., São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1991.
- SENA, R. R. In: **Vídeo... Seminário sobre produção tecnológica**. REPENSUL – UFSC, Florianópolis, 8-9 de janeiro, 1998.
- SILVA, Alcione L. da. **Experenciando o cliente portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, com base no sistema conceitual de Rogers**. Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990, 431p.

- SILVA, Alcione L. da. A música no processo de cuidar de clientes com Síndrome Neurológica decorrente da AIDS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (2): 107-116, abr/jun/1993.
- SILVA, Benedito (Org.) *et al.*. **Dicionário de ciências sociais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.
- SILVA, C. M. *et al.*. Nutrição parenteral: programa de assistência domiciliária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (4):222 a 226, out/dez/1987.
- SILVA, E. M. *et al.*. A divulgação do conhecimento em periódicos sobre a supervisão em enfermagem no Brasil - 1934-1990. In: **Anais... 6º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Rio de Janeiro, 29/07 a 1º/08/1991, p.138.
- SILVA, Graciette B. da. **Enfermagem Profissional**. São Paulo: Cortez, 1986.
- SILVA, L. R. da. **Proposta de um modelo de orientação destinado à criança em idade escolar que precisa ser submetida a cirurgia cardíaca**. Ribeirão Preto. EERP, Dissertação de Mestrado, 1995, 259p.
- SILVA, S. H. da. **Controle de qualidade assistencial de enfermagem implementação de um modelo**. EEUSP, Tese de Doutorado, 1994, 225p.
- SOLER, Z. A. S. G. **Estudo do quarto período do parto: uma proposta de assistência sistematizada de enfermagem**. São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1993, 158p.
- SOUBHIA, Z. **Programa educativo em estratégias facilitadoras da compreensão de texto acadêmico**. Ribeirão Preto. EERP, Dissertação de Mestrado, 1990, 176p.
- SOUSA, Regina M. C. de. **Avaliação do uso de uma espátula pupilômetro**. São Paulo. EEUSP, Dissertação de Mestrado, 1989. 80p.
- SOUZA, A. M. de Almeida *et al.*. Estudo de tendências da pesquisa no Brasil - 1983-1987. In: **Anais... 5º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, Belo Horizonte, 25 a 29/07/1988, p.95-102.
- SOUZA, E. De Felice. In: **Fax**. Rio de Janeiro, jan./1998, p.3.

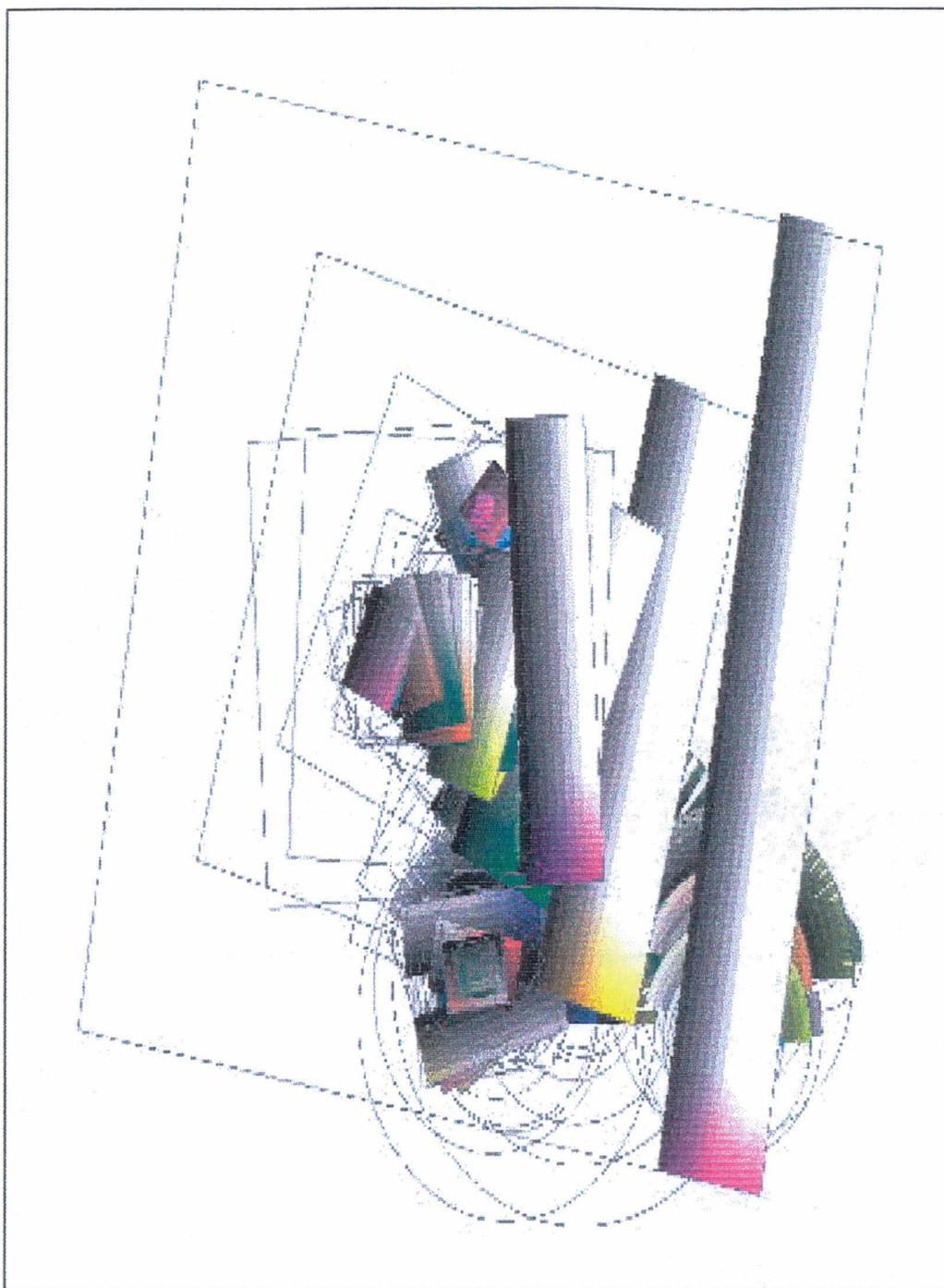
- SOUZA, M. F. de; ADAMI, N. P. Assistência: a essência das práticas da enfermagem. In: **Anais... 43º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Curitiba, 11 a 16/10/1991, p.42-84.
- SOUZA, M. S. B. de. A produção científica e a enfermagem ocupacional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 41(1):18-25, 1988.
- TAKAYANAGUI, A. M. M. **Trabalhadores de saúde e meio ambiente: ação educativa do enfermeiro na conscientização para gerenciamento de resíduos sólidos**. Ribeirão Preto. EERP, Tese de Doutorado, 1993, 194p.
- TEODOSIO, S. S. C. da Silva. **Divisão do trabalho e a cientificidade do saber sistematizado em enfermagem: um caminho para o seu entendimento**. Natal, UFRN, Dissertação de Mestrado, 1990.
- THIEBAUT, Carlos. **La herencia ética de la ilustración**. Barcelona: Novagrafik, 1991.
- TREVIZAN, M. A. *et al.*. Utilização das teorias administrativas na produção do conhecimento sobre administração em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44(4):36-40, out/dez, 1991.
- VALENTI, Geni D. **Ética do discurso: a emancipação do homem no trabalho e a teoria social crítica de Jürgen Habermas**. São Paulo, Tese de Doutorado em Administração da EAESP/FGU, 1995.
- VALÉRIO, S. H.; VENTURA, M. de F. Abdutor lateral: uma alternativa no pós-operatório de prótese total de quadril. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (3/4): 343-351, jul/dez/1993.
- VALLS, A. L. M. **O que é ética**. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- VARELA, Z. M. de V. *et al.*. Diagnóstico de necessidades organizacionais- uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 42:(1/4):42 a 52, jan/dez/1989.
- VARELA, Z. M. de V.; GURGEL, M. História da violência na família - uma experiência de iniciação à pesquisa em Enfermagem. In: **Anais... 7º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Fortaleza, 6 a 9/julho/1994.

- VARGAS, Milton. Dupla transferência: o caso da mecânica das salas. **Rev. USP**. n. 7, (3:12): set/out/nov, 1990.
- _____. **História da técnica e da tecnologia**. São Paulo: UNESP, 1994.
- VAZ, Marta R. C. **Conceito e práticas de saúde - ilustrando através da tuberculose**. Pelotas: Ed. Universitária UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC, 1997.
- VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.
- VIANA, Fernando. **Manual didático de pesquisas**. 2. ed. São Paulo: Didática Paulista, 1997.
- VIANNA, Cid M. de Mello. Política tecnológica e evolução industrial no setor saúde. In: **Saúde e sociedade no Brasil - anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.209-280.
- VIEIRA, J. C. M. **A ponte indivíduo-grupo: uma prática do modelo de adaptação**. Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990, 231p.
- VIEIRA, T. T. **Produção científica em enfermagem no Brasil: 1960-1979**. Salvador, 1990. Tese de Concurso para Professor Titular em Enfermagem médico-cirúrgica.
- VIEIRA, A. M. L. de Moraes. **Um modelo para a assistência de enfermagem: a mulher mastectomizada a partir das suas representações sociais**. Florianópolis. UFSC, Dissertação, 1991, 142p.
- WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na Enfermagem. In: **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- WENDHAUSEN, Àgueda. **Educação em saúde: possibilidades de uma proposta**. Florianópolis, UFSC, Dissertação de Mestrado, 1992.
- WILLIAMS, T. I. **Historia de la tecnologia: desde 1900 hasta 1950 (II)**. 5. ed., Madrid: Siglo XXI de Españã, 1995.
- YONGERT, Iná. Enfermagem na Bélgica. In: **Anais... 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Florianópolis, p.133-144, set/ 1989.

YOSHIOCA, M. R. *et al.*. Classificação Internacional das atividades de enfermagem: uma amostra da realidade brasileira. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 46 (3 e 4):258-265, jul/dez, 1993.

ZANCHETTA, M. S. **O processo de avaliação de um modelo assistencial em cancerologia: modelo assistencial.** Rio de Janeiro. EERJ, Tese de Livre Docência, 1990, 130p.

____. **Situações prioritárias na enfermagem em cancerologia: modelo assistencial.** Rio de Janeiro, UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1990, 295p.



8 - ANEXOS

Os guias são formas que permitem apreender a realidade.

ANEXO 1

Cálculo para encontrar a amostra utilizada do CEPEn

Obtive a margem de erro "standard", aplicando a seguinte fórmula:

$$C_s = \sqrt{\frac{p \times (1-p)}{n}}$$

onde

$$C_s = \sqrt{\frac{0.87 \times 0.13}{70}} = 0.0402$$

$p = 0.87$
 $n = 70$
 $(1 - 0.87) = 0.13$

Após este resultado calculei o intervalo de confiança onde:

$$P \pm 1.64 \times 0.042 = 90\% \text{ de confiança}$$

$$P \pm 1.96 \times 0.042 = 95\% \text{ de confiança}$$

Exemplo:

$$90\% = 0.87 \pm 0.069 = 0.801; 0.94$$

$$95\% = 0.87 \pm 0.082 = 0.788; 0.952$$

Elevado a percentagem temos os seguintes intervalos:

$$80.1\% \text{ _____ } 94.0\%$$

$$78.8\% \text{ _____ } 95.2\%$$

Após esses procedimentos enumerei os cento e trinta e um trabalhos, utilizando-me de valores numéricos de um a cento e trinta e um e sucedi através da tabela de números aleatórios de Downie e Heath (1970), a escolha dos setenta trabalhos que foram assim constituídos:

a) total de trabalhos por Instituições:

UFSC	21	UERJ	05	UFPb	03
EEUSP	15	UFRJ	10		
EERP	14	UFBa	03		

b) total de trabalhos segundo o tipo de publicação:

dissertações de mestrado	52
teses de livre docência	04
teses de doutorado	14
Total:	70

c) total de trabalhos por ano de publicação:

- 1986 = 04	- 1991 = 05
- 1987 = 05	- 1992 = 07
- 1988 = 04	- 1993 = 09
- 1989 = 09	- 1994 = 08
- 1990 = 14	- 1995 = 05

Após esta etapa, e para verificar se esta amostra é representativa, ou seja, se ela reflete em suas unidades o que ocorre no universo, utilizei o cálculo do Qui-quadrado, obtendo os seguintes resultados:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

$f_e = \text{freqüências esperadas}$
 $f_o = \text{freqüências observadas}$

A representatividade da amostra por anos de publicação resultou em:

ANOS	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	TOTAL
f_o	04	05	04	09	14	05	07	09	08	05	70
f_e	3.2	5.9	6.4	8.0	13.4	5.3	4.8	7.0	8.5	7.5	70

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_e - f_o)^2}{f_e} \quad \text{onde:}$$

$$\chi^2 = 0.2 + 0.14 + 0.9 + 0.125 + 0.03 + 0.02 + 0.57 + 0.03 + 0.83 = 2.85$$

$$\chi^2 = 2.85$$

$$\chi^2_{5\%} = 3.84$$

Para a representatividade dos trabalhos por instituição de origem, o Qui-quadrado apontou:

Instituição	f_e	f_o	$\frac{(f_e - f_o)^2}{f_e}$
UFSC 38	20.3	21	0.0024
EEUSP 38	20.3	15	1.384
EERP 24	12.8	14	0.1125
EERJ 07	3.7	05	0.457
UFRJ 14	7.0	09	0.571
Outras 10	5.9	0.6	0.0017

$$\chi^2 = 0.024 + 1.384 + 0.1125 + 0.457 + 0.571 + 0.0017 = 2.55$$

$$\chi^2 = 2.55$$

$$\chi^2_{5\%} = 3.84$$

Em relação à representatividade, segundo o tipo de publicação, obteve-se:

	f_o	f_e	$\frac{(f_e - f_o)^2}{f_e}$
Dissertação de Mestrado	52	53.44	0.0388
Tese de Doutorado	14	12.82	0.1086
Tese de Livre Docência	04	3.74	0.0181

$$\chi^2 = 0.0388 + 0.1068 + 0.0181 = 0.1655$$

$$\chi^2 = 0.1655$$

$$\chi^2_{5\%} = 3.84$$

Não há diferenças entre as frequências observadas (na amostra) e esperadas (segundo a composição do universo), empregando o teste do χ^2 com 5% de nível de significância e o grau de liberdade aceito. Logo a amostra é suficiente.

ANEXO 2

Ficha de catalogação da produção científica da Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO TEXTO**TIPO DE TEXTO**

- 1- Reflexão/ discurso/conferência:
- 2- Relato de experiência:
- 3- Desenvolvimento de teoria:
- 4- Desenvolvimento de técnicas/procedimentos:
- 5- Desenvolvimento de metodologias:
- 6- Desenvolvimento de artefatos:

SUGESTÃO DE PROCEDIMENTOS/ETAPAS

- 1- Apresenta com explicação:
- 2- Apresenta sem explicação:
- 3- Inferido no texto:
- 4- Não apresenta:

TIPO DE CONTROLE SUGERIDO SOBRE A ATIVIDADE

- 1- Avaliação final:
- 2- Avaliação por etapa:
- 3- Validação intersubjetiva:
- 4- Não apresenta:

CLASSIFICAÇÃO DE FOUCAULT

- 1- Tecnologias de produção:
- 2- Tecnologias de sistemas de signos:
- 3- Tecnologias do poder:
- 4- Tecnologias do eu:

TECNOLOGIAS ESPECÍFICAS DA ENFERMAGEM

- 1- Tecnologias do cuidado:
- 2- Tecnologias de concepções:
- 3- Tecnologias interpretativas de situações de clientes:
- 4- Tecnologias de administração:
- 5- Tecnologias de educação:
- 6- Tecnologias de processos de comunicação:
- 7- Tecnologias de modos de conduta:

DISCURSOS EMITIDOS PARA A ANÁLISE DO POTENCIAL EMANCIPATÓRIO DA TECNOLOGIA

Componentes

Elementos do discurso emitido

1- Exercício da consciência crítica:

2- Exercício da cidadania:

3- Exercício da liberdade:

4- Exercício da autonomia:

ANEXO 3

Catálogo das proposições tecnológicas avaliadas

**CATALOGAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA
ENFERMAGEM ANALISADAS NA REVISTA BRASILEIRA
DE ENFERMAGEM- REBE_n**

1986

- 1- REMOR, Adriana. *et al.*. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 39 (2/3): 6 a 11, abr/set/1986.
- 2- MOMIY, Izabel *et al.*. Tração cutânea contínua em crianças com luxação de quadril. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 39 (1):44-49, jan/fev/mar/1986.
- 3- AZEVEDO, Ivete Soares *et al.*. Tratamento das escaras de decúbito com própolis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 39 (2/3): 33 a 37, jan/set/1986.
- 4- LUZ, H. B.; LUNARDI, N. Avaliação do desempenho profissional do enfermeiro em unidade de internação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 39 (2/3): 81 a 85, abr/set/1986.
- 5- FRAGA, M. de Nazaré de Oliveira *et al.*. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica: dificuldades e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** 39 (2/3): 94 a 102, abr/set/1986.
- 6- NORONHA, Rachel. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem - condições prévias para o autocuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 39 (1): 34 a 42, jan/fev/mar/1986.

1987

- 7- VIETH, H. Avaliação e tratamento do olho seco na hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (2/3): 118 a 122, abr/set/1987.
- 8- FREITAS, J. V. de. Ações de Enfermagem direcionadas à globalização da assistência ao deficiente mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (2/3): 93 a 101, abr/set/1987.

- 9- MAURO, M. Y. Chaves. Diagnóstico de saúde de comunidade como atividade discente de enfermagem, utilizando o método de projeto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (2/3): 126 a 131, abr/set/1987.
- 10- PEIXOTO, E. P. M.; SILVA, S. Modelo para a crítica de currículos de graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (1): 14 a 22, jan/mar/1987.
- 11- DUARTE, E. R. M. *et al.*. A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para a assistência de Enfermagem à criança. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (1): 74 a 81, jan/mar/1987.
- 12- MONETTA, Lina. Uso da papaína nos curativos pela enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (1): 66 a 73, ja/mar/1987.
- 13- SILVA, C. M. *et al.*. Nutrição parenteral: programa de assistência domiciliária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 40 (4): 222 a 226, out/dez/1987.

1988

- 14- QUEIROZ, V. M. de; EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 41 (1): 26 a 35, jan/mar/1988.
- 15- SANTOS, V. L. C. de G. Aparelho para irrigação intestinal em colostomizados, com um "cone" adaptado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 41 (2) : 113 a 122, abr/jun/1988.

1989

- 16- VARELA, Z. M. de V. *et al.*. Diagnóstico de necessidades organizacionais- uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 42 (1/4): 42 a 52, jan/dez/1989.
- 17- CABRAL, I. E. Aplicação da estimulação essencial à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 42 (1/4): 90 a 92, jan/dez/1989.
- 18- SIQUEIRA, M. M. de. Seguimento de enfermagem a adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 42 (1/4): 41 a 145, jan/dez 1989.

1990

- 19- LUCE, Margareta *et al.*. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4): 36 a 43, jan/dez/ 1990.
- 20- RICARDI, T. V. R. *et al.*. Importância da educação em serviço na diminuição da contaminação das amostras para a urocultura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4): 44 a 51, jan/dez/1990.
- 21- AZEVEDO, M. A. J. *et al.*. Promovendo o autocuidado-treinamento e assistência de enfermagem a pacientes portadores de bexiga neurogênica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4): 52 a 54, jan/dez/1990.
- 22- MATOS, L. de S. S. Esterilização de alimentos por microondas para pacientes receptores de transplantes de medula. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4): 123 a 125, jan/dez/1990.
- 23- SILVA, Maria José. Avaliação do filme transparente de poliuretano em queimaduras e áreas doadoras de pele. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4): 117 a 122, jan/dez/1990.
- 24- BERNARDO, C. de L. *et al.*. Própolis-cicatrizante e antibiótico natural. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4): 101 a 106, jan/dez 1990.
- 25- GUIMARÃES, R. A. C. Análise da implantação do sistema fechado simplificado durante a assistência de enfermagem aos clientes em diálise peritoneal intermitente manual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 43 (1/4) 58 a 63, jan/dez/1990.

1991

- 26- SOUSA, R. M. C. de; KOIZUME, M. S. Espátula pupilômetro: um instrumento para diâmetro pupilar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (2/3): 141 a 150, abr/set/1991.
- 27- SILVA, L. de J. *et al.*. Relato de uma experiência utilizando-se a clara de ovo na dermatite amoniacal no Centro de Convivência Infantil do Instituto "Dante Pazzanese" de cardiologia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (2/3): 136 a 140, abr./set./1991.

- 28- CAMPESTRINI, Selma. Tecnologia simplificada na enfermagem materno-infantil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (2/3): 53 a 63, abr./set./1991.
- 29- TANAKA, L. H. Dinamização da assistência através do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 44(4): 11 a 17, out/dez/1991.
- 30- NASCIMENTO, E. M. F. do; CANÇADO, M. L. B. O uso de um sistema artesanalmente construído para o ensino prático da punção e infusão intravenosa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (4): 18 a 22, out/dez/1991.
- 31- ANDRAUS, L. M. S.; PEREIRA, M. S. Instrumento de registro para exame físico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (4): 61 a 68, out/dez/1991.
- 32- SOUBHIA, Zeneide *et al.*. Consenso entre docentes sobre as idéias principais de um texto acadêmico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (4): 41 a 46, out./dez/1991.

1992

- 33- ALVES, Ana T . L. S. A utilização da solução natural de eucalipto nas nebulizações, como auxiliar nos tratamentos das infecções respiratórias agudas (IRA) . **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 45 (2/3): 183 a 186, abr./set/ 1992.
- 34- NOVAKOSKI, L. E. R.; WOLFF, L. D. G. Gerência participativa: uma proposta para mudança de ambiente no serviço de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 45 (2/3): 187-189, abr./set/1992.
- 35- OLIVEIRA, M. M. B. *et al.*. Relato de experiência no controle de temperatura durante o processo de pasteurização no banco de leite materno de Londrina-Pr. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 45 (4): 317a 318, out./dez/1992.
- 36- SALOTTI, S. R. A. *et al.*. A enfermagem na perda da acuidade visual causada por triquíase em pacientes de hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 45 (2/3): 222-226, abr./set/1992.

- 37- BELEI, R. A. *et al.*. Primeiro emprego: como treinar o enfermeiro recém-graduado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 45 (4): 308-312, out./dez/1992.

1993

- 38- PINHEIRO, M. C. D.; LOPES, G. T. A influência do brinquedo na humanização da assistência à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (2): 117-131, abr./jun/1993.
- 39- SILVA, Alcione Leite. A música no processo de cuidar de clientes com Síndrome Neurológica decorrente da AIDS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (2): 107-116, abr./jun/1993.
- 40- BARROS, A. de S.; CHISTÓFORO, F. M. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com candidatas à laqueadura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46(2): 101-106, abr./jun/1993.
- 41- PAGLIUCA, L. M. F. Os princípios da Teoria das Necessidades e sua aplicabilidade para o paciente com indicação de transplante de córnea. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (1): 21-31, jan./mar/1993.
- 42- VINHA, V. L. Pileggi. Banheira inflável. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (1): 32-34, jan./mar/1993.
- 43- NASCIMENTO, Edna M. F. do; CANÇADO, Maria L. B. O ensino da técnica de curativo e retirada de pontos em incisão cirúrgica através da estratégia de simulação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (1): 35-41, jan./mar/1993.
- 44- NAKANO, A. M. Spanó *et al.*. Escala de atitude na gravidez: adaptação para a cultura brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (1): 42-48, jan./mar/1993.
- 45- GABRIEL, R.; FAKIH, F. T. Proposta de ficha cadastral e banco de dados informatizado para levantamento de dados epidemiológicos e de evolução clínica dos clientes soro-positivos para HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (3/4): 317-336, jul./dez/1993.

46- LUCE, Margareta. Relato de experiência na utilização de novas tecnologias simplificadas de enfermagem na moradia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 46 (3/4): 337-342, jul/dez/1993.

47- VALÉRIO, S. H.; VENTURA, M. de F. Abdutor lateral: uma alternativa no pós-operatório de prótese total de quadril. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 46 (3/4): 343-351, jul/dez/1993.

1994

48- YOKOYAMA, Yukie *et al.*. A utilização da lavadora de louça industrial: uma alternativa para a Central de Material e Esterilização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 47 (1): 71-71, jan/mar/1994.

49- EGRY, E. Y. *et al.*. Assistência de enfermagem em saúde coletiva: entendendo o processo para a aplicação de um instrumento transformador da prática e da teoria. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 47 (3): 287-294, jul/set/1994.

1995

50- FILHO, W. D. L. *et al.*. Sistema de apoio à decisão no planejamento e prescrição de cuidados de enfermagem (SAD - PPCE). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 48 (1): 66-77, jan/mar/1995.

51- CÁRNIO, Ana Maria *et al.* Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial - relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 48(1): 39-45, jan/mar/1995.

52- ROGENSKI, N. M. B. *et al.*. Uso da papaína em infecção de vísceras. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 48 (2): 140-143, abr/jun/1995.

CATALOGAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DO SENPE- SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

1- STEFANELLI, M. C. Comunicação com o paciente. In: **Anais... 5º SENPE.** Belo Horizonte, 1988. Utilizado o Livro.

2- CASTELLANOS, B. E. P.; SALUM, M. J. L. A relação entre a pesquisa e a prática em enfermagem e no setor saúde: reflexões e experiências de

- enfermeiros do campo de trabalho de pesquisa participante. In: **Anais... 5º SENPE**, Belo Horizonte, 1988.
- 3- PIZZIGATTI, E. M. L. *et al.*. Protótipos de objetos que garantam maior funcionalidade, segurança e conforto na excreção urinária e intestinal de indivíduos acamados. In: **Anais... 5º SENPE**, Belo Horizonte, 1988.
- 4- OLIVEIRA, S. M. J. V. Elaboração de um modelo de ficha para o acompanhamento da assistência de Enfermagem à parturiente. In: **Anais.... 6º SENPE - avaliado a dissertação**, 1991.
- 5- CRUZ, I. C. F. Diagnósticos de Enfermagem. Estratégia para sua formulação e validação. In: **Anais... 6º SENPE - analisada a dissertação de mestrado (1993)**.
- 6- VARELA, Z. M. de V.; GURGEL, M. História da violência na família - uma experiência de iniciação á pesquisa em Enfermagem. In: **Anais... 7º SENPE**, Fortaleza, 6-9/julho/1994.

OBS: Nos anais do 8º SENPE não foi encontrado nenhuma tecnologia.

**CATALOGAÇÃO DAS TECNOLOGIAS PUBLICADAS E ANALISADAS PELO
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM -
CEPEn**

Catálogo CEPEn 1989 - Vol. VIII

- 1- MARANHÃO, Amélia Maria Scarpa de Albuquerque. **Roteiro sistematizado para o levantamento de problemas e necessidades da puérpera-opiniões e sugestões de enfermeiras sobre a proposta**. São Paulo, EEUSP- Dissertação de Mestrado. 1986, 227p.
- 2- MENDES, Isabel Amélia Costa. **Internação verbal em situações de enfermagem hospitalar: enfoque humano**. Ribeirão Preto. EERP, Tese de Doutorado, 1986. 184p.

- 3- SANTOS, L. A. **Instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados físicos de enfermagem: proposta fundamentada na administração por objetivos.** Ribeirão Preto. EERP, Tese de Doutorado, 1986. 236p.
- 4- RIBEIRO, Circéa Amália. **O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra sobre comportamento de crianças recém-hospitalizadas.** São Paulo. EEUSP. Dissertação de Mestrado, 1986. 156p.

Catálogo CEPEn 1991 - Vol IX

- 5- GATTO, M. A. Fortes. **Incêndio em centro cirúrgico: elaboração de um plano hospitalar para desastre interno.** São Paulo. EEUSP, Dissertação de Mestrado, 1989. 80p.
- 6- SANTOS, Iraci dos. **Investigação de problemas de enfermagem mediante plano de ação assistencial.** Rio de Janeiro. EERJ, Tese de Livre Docência, 1988. 174p.
- 7- SOUSA, Regina M. C. de. **Avaliação do uso de uma espátula pupilômetro.** São Paulo. EEUSP, Dissertação de Mestrado, 1989. 80p.
- 8- FERRAZ, A. E. P. **Busca de informações: uma estratégia de "coping".** Ribeirão Preto. EERP, Dissertação de Mestrado, 1988. 163p.
- 9- FERNANDEZ, M. A. **Processo de Enfermagem dirigido: avaliação da segurança emocional.** São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1988. 148p.
- 10- CONTREAS, Justina. **Assistência de Enfermagem a clientes hansenianos: modelo de adaptação de Roy.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990. 169p.
- 11- SOUBHIA, Z. **Programa educativo em estratégias facilitadoras da compreensão de texto acadêmico.** Ribeirão Preto. EERP, Dissertação de Mestrado, 1990. 176p.

- 12- GRAZIANO, K. Uchikawa. **Avaliação da atividade esterilizante do paraformaldeído.** São Paulo. EEUSP, Dissertação de Mestrado, 1989. 68p.
- 13- SILVA, Alcione L da. **Experenciando o cliente portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, com base no sistema conceitual de Rogers.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990. 431p.
- 14- GUIMARÃES, A. L. A. **Implementação do marco conceitual de Dorothea Orem na assistência a indivíduos em diálise peritoneal ambulatorial contínua.** Florianópolis, UFSC. Dissertação de Mestrado, 1989. 314p.
- 15- SANTOS, Sílvia Azevedo dos. **Prática assistencial de enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1990. 145p.
- 16- CHIDA, A. Maya. **Orientação sistematizada a pacientes internados com doença transmissível.** São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1990. 162p.
- 17- CRUZ, Isabel Cristina F. da. **Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso.** Rio de Janeiro. UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1989. 107p.
- 18- CAMPEDELLI, M. C. **Consulta de enfermagem em geriatria: proposta de modelo.** São Paulo. EEUSP, Tese de Livre Docência, 1989. 107p.
- 19- BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1991. 199p.
- 20- SANTOS, Valmira dos. **Proposta alternativa de ensino-aprendizagem para o autocuidado: uma contribuição da enfermagem, ao enfrentamento da dor e equalização do estresse.** Ribeirão Preto. EERP, Tese de Doutorado, 1990. 162p.

- 21- ERDMANN, A. I. **Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de Ensino-proposta de um modelo.** Rio de Janeiro. UERJ, Tese de Livre Docência, 1987. 150p.

Catálogo CEPEn 1992 - Vol X

- 22- OLIVEIRA, Rosa Lima F. de. **A desidratação na criança: o conhecimento das mães e o uso da água de côco como reidratante oral.** João Pessoa. UFPB, Dissertação de Mestrado, 1989. 101p.
- 23- VIEIRA, J. C. M. **A ponte indivíduo-grupo: uma prática do modelo de adaptação.** Florianópolis, UFSC, Dissertação de Mestrado, 1991. 231p.
- 24- NASCIMENTO, E. R. P. do. **Assistência de enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio fundamentada na Teoria de Imogene King.** Florianópolis, UFSC. Dissertação de Mestrado, 1991. 251p.
- 25- WENDHAUSEN, Águeda. **Educação em saúde: possibilidades de uma proposta.** Florianópolis, UFSC, Dissertação de Mestrado, 1992.
- 26- GHIORZI, Angela da Rosa. **Possibilidades e limites para uma prática transformadora na enfermagem familiar.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1991. 251p.
- 27- VIEIRA, A. M. L. de Moraes. **Um modelo para a assistência de enfermagem a mulher mastectomizada a partir das suas representações sociais.** Florianópolis. UFSC, Dissertação, 1991. 142p.

Catálogo CEPEn 1993- Vol XI

- 28- CHIANCA, T. C. M. **Uma visão sistêmica do transporte do paciente cirúrgico.** Ribeirão Preto. EERP, Dissertação de Mestrado, 1991. 148p.
- 29- BERGAMO, M. I. B. Braga. **Consulta de enfermagem ao cliente portador de úlcera venosa crônica em tratamento com bota de UNNA.** Rio de Janeiro. UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1990. 123p.

- 30- ANDRAUS, L. M. S. **Exame físico do lactente: proposição de um modelo de registro.** Rio de Janeiro, UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1990. 126p.
- 31- TAKAYANAGUI, A. M. M. **Trabalhadores de saúde e meio ambiente: ação educativa do enfermeiro na conscientização para gerenciamento de resíduos sólidos.** Ribeirão Preto. EERP, Tese de Doutorado, 1993. 194p.
- 32- ZANCHETTA, M. S. **O processo de avaliação de um modelo assistencial em cancerologia: modelo assistencial.** Rio de Janeiro. EERJ, Tese de Livre Docência, 1990. 130p.
- 33- SANTOS, R. da Silva. **Efeitos de um programa simplificado de estimulação precoce em crianças de 3 a 6 meses, consideradas de alto risco no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, UERJ, Dissertação de Mestrado, 1987. 188p.
- 34- PENICHE, A. de C. G. **Medida indireta da pressão arterial em função da largura do manguito, em pacientes nas fases pré-operatória imediata, recepção no centro cirúrgico e pós-anestésica.** São Paulo. EEUSP. Dissertação de Mestrado. 1990. 51p.
- 35- RODRIGUES, M. de Fátima. **Buscando um marco conceitual e uma metodologia baseados em Imogene King: experiência com clientes diabéticos.** Florianópolis, UFSC, Dissertação de Mestrado, 1992. 163p.
- 36- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar.** Ribeirão Preto, EERP, Dissertação de Mestrado, 1993. 69p.
- 37- ROSSI, L. A. **O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: análise e reformulação fundamentada na pedagogia da problematização.** Ribeirão Preto, EERP, Dissertação de Mestrado, 1991. 148p.

- 38- COSTA, S. F Geraldo da. **Processo de educação educativa para o parto.** João Pessoa. UFPb., Dissertação de Mestrado, 1990. 171p.
- 39- PELZER, Marlene Teda. **A enfermeira cuidando de idoso com Alzheimer em família.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1993. 199p.
- 40- MENECHIN, Paolo. **O enfermeiro construindo e avaliando ações educativas na prevenção da AIDS.** São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1993. 140p.
- 41- ZANCHETTA, M. S. **Situações prioritárias na enfermagem em cancerologia: modelo assistencial.** Rio de Janeiro. UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1990. 295p.

Catálogo CEPEn 1994 - Vol XII

- 42- DIOGO, M. J. D. **A consulta de enfermagem centrada nas atividades da vida: proposta de assistência ao idoso com amputação de membros inferiores.** São Paulo. EEUSP. Tese de Doutorado, 1993. 175p.
- 43- SOLER, Z. A. S. G. **Estudo do quarto período do parto: uma proposta de assistência sistematizada de enfermagem.** São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1993. 158p.

Catálogo CEPEn 1995 - Vol XIII

- 44- ALONSO, I. L. K. **Buscando caminhos para o viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às mulheres "mães de primeira viagem em seus enfrentamentos cotidianos".** Florianópolis. UFSC. Dissertação de Mestrado, 1994. 224p.
- 45- DALL'AGNOL, C. M. **O agir-refletir-agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho.** Florianópolis. UFSC. Dissertação de Mestrado, 1993. 193p.

- 46- CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória de enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1994. 158p.
- 47- MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres "mães de primeira viagem em seus enfrentamentos cotidianos".** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1994. 224p.
- 48- MADUREIRA, V. S. F. **Eu, você - nós: co-partícipes no educar.** Florianópolis. UFSC, Dissertação de Mestrado, 1994. 170p.

Catálogo CEPEn 1996 - Vol XIV

- 49- SILVA, L. R. da. **Proposta de um modelo de orientação destinado à criança em idade escolar que precisa ser submetida a cirurgia cardíaca.** Ribeirão Preto. EERP, Dissertação de Mestrado, 1995. 259p.
- 50- BARBOSA, P. M. J. **Assistência ventilatória: volume de ar de "cuff" de cânulas endotraqueais X pressão capilar na traquéia.** Ribeirão Preto. EERP, Dissertação de Mestrado, 1995. 81p.
- 51- SILVA, S. H. da. **Controle de qualidade assistencial de enfermagem implementação de um modelo.** São Paulo. EEUSP, Tese de Doutorado, 1994. 225p.
- 52- SANTORO, D. C. **O bater de um coração: uma visão holística da assistência de enfermagem ao cliente infartado.** Rio de Janeiro. UFRJ, Dissertação de Mestrado, 1995. 69p.
- 53- HIRATA, M. C. **Jardineiros sem flores: o cuidar - cuidado com o adolescente não cidadão na perspectiva da cidadania.** Salvador. UFBA, Dissertação de Mestrado, 1995. 156p.
- 54- PATRICIO, Zuleica M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável, individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holística-ecológica.** Florianópolis. UFSC, Tese de Doutorado, 1994. 224p.