

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: ENTENDENDO O PROCESSO PARA A APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO TRANSFORMADOR DA PRÁTICA E DA TEORIA.

Emiko Yoshikawa Egry *
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca*
Maria Rita Bertozzi**

RESUMO: As autoras discutem a operacionalização do Método de Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (MAESC), orientada pelo materialismo histórico e dialético. Abordam os temas relativos à perspectiva epistemológica; aos pressupostos para a operacionalização; à totalidade e suas dimensões; às etapas; e finalmente, à condução praxiológica. Concluem, instigando os pesquisadores a se utilizarem deste instrumento, abrindo, para tanto, decodificadores mais refinados que se aproximem da real prática assistencial de enfermagem no nível local de atenção à saúde.

ABSTRACT: The authors discuss the application of the Collective Health Nursing Assistance, grounded on dialectical and historical materialism. They explain the issues concerning to epistemological perspective, the presupposition to apply, the totality and its dimensions, the leading phasis and, finally, the praxiological process.

UNITERMOS: Metodologia de assistência de enfermagem - Saúde coletiva - Materialismo histórico e dialético.

1. INTRODUÇÃO

A apresentação pública de um método de assistência de enfermagem, com orientação bastante distinta de outros que estão sendo adotados na enfermagem data de 1987, dentro do 39º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em que foi divulgado, como tema livre, o trabalho intitulado *'Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético'*¹³. Nele tentamos explicar pela primeira vez o método de assistência de enfermagem baseado no referencial materialista histórico e dialético. Procuramos destacar as concepções mais utilizadas, e nisso houve a preocupação maior de aclarar o entendimento do conceito de sociedade segundo esta visão de

mundo. Além disso, foram descritos os pressupostos e a forma de utilização, englobando as etapas e a maneira de desenvolvê-lo.

Dois anos mais tarde, em um evento regional do estado de São Paulo foi colocado em discussão o texto *"Sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva orientada pelo materialismo histórico e dialético: em busca do horizonte de unicidade entre o saber e o fazer"*¹³. Importava, desta vez, destacar os pressupostos dessa assistência e uma melhor explicitação a partir deles, das etapas de desenvolvimento desse método.

A utilização inédita deste instrumento para a assistência de enfermagem à família, enquanto foco privilegiado de recorte, foi realizado junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde do

* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

** Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Município de Taboão da Serra, São Paulo,⁴ e em Florianópolis, Santa Catarina⁶, revelando em ambos os estudos tanto suas possibilidades quanto suas limitações/contradições. Num outro recorte fenomênico, ARAÚJO¹ estudou a prática de enfermagem junto à mulher que amamenta, aplicando este método de assistência de enfermagem. Neste, mais claramente que em outros estudos, pode-se verificar concretamente a necessidade premente de se elucidar as categorias analíticas que devem ser abertas para se aproximar do fenômeno, para poder dar prosseguimento ao processo de totalização social. Por se tratar de estudo que lida com a mulher, a categoria social central deveria ser o gênero, entendido como sexo socialmente construído.

Para que esse método possa ser melhor compreendido, e portanto, passível de ser utilizado na prática assistencial de enfermagem, ressaltamos, neste momento, algumas questões relativas ao entendimento do processo para a aplicação do método enquanto instrumento. Desde já, é necessário afirmar que não pretendemos esgotar todas as questões que esse método impõe à sua operacionalização, pois de acordo com o próprio elemento constitutivo dele, ou seja, do movimento de transformação, a própria operacionalização desdobrará outras questões que, neste momento, parecem estar ausentes.

2. AVISÃO DE MUNDO COMO PONTO DE PARTIDA: A PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA DO MÉTODO

A adoção do referencial materialista histórico e dialético e de suas leis e categorias para fundamentar este método de assistência de enfermagem, pressupõe a superação da visão idealista de mundo. A visão de mundo pode ser entendida, de acordo com KRAPIVINE⁹, como *“um conjunto de princípios, pontos de vista e convicções que determinam a atitude do homem em relação à realidade e a si próprio, a orientação da atividade de cada pessoa concreta, grupo social, classe ou sociedade em geral”*.

Duas visões de mundo podem ser destacadas: a idealista e a materialista histórica e dialética.

O idealismo parte do princípio de que a consciência ou qualquer das suas manifestações como o pensamento, a vontade ou qualquer coisa de ideal e imaterial, é primário, fundamental e determinante. Por outro lado, a matéria, a

natureza, o mundo material, são produzidos por aqueles ou dele dependentes⁵.

Em oposição a isto, o materialismo considera que o mundo é, pela sua natureza, material, ou seja, ele existe fora da consciência humana e independente dela, não sendo produto nem do pensamento, nem de qualquer ser imaterial⁵.

Ainda, pressupõe que toda a matéria está em constante desenvolvimento e transformação, não de modo caótico, mas segundo determinadas leis.

A adoção desta visão de mundo requer, por conseguinte, a negação do reducionismo simplista do processo saúde-doença, superando o modelo unicausal da doença, o modelo multicausal que se *“limita a descobrir fatores causais na produção de problemas fáceis de atacar, com medidas baratas e que permitam implementar medidas coletivas de controle”²*. Trata-se também de superar a tríade ecológica de Leavell e Clarck, pois nele ignora-se a categoria social do Homem, transformando-o em fator eminentemente biológico².

Trata-se de compreender que o processo saúde-doença

manifesta-se através de diferentes fenômenos cuja frequência e intensidade variam com o tempo e espaço, expressos a nível de indivíduos, de classes ou grupos sociais e das formações econômicas e sociais. Nos indivíduos manifesta-se com variações na frequência e intensidade entre pessoas ou grupos que se diferenciam entre si pelos seus atributos individuais, tais como: sexo, idade, etc..(.) Nas classes sociais e nos grupos da população que compartilham entre si similares condições de vida e de trabalho manifesta-se como perfis de saúde-doença diferenciais entre essas classes. A nível de formações econômico-sociais e de grandes grupos de população que compartilham o fato de estar vinculado a uma mesma estrutura e superestrutura (...) os fenômenos de saúde-doença manifestam-se como perfis de saúde-doença peculiares destas formações econômico-sociais e como variações destes perfis à medida em que variam os processos estruturais e superestruturais que as caracterizam⁸.

Tal forma de perceber o processo saúde-doença advém da concepção de sociedade e

homem coerente com a visão materialista e dialética de mundo. Da mesma maneira, as concepções de assistência à saúde coletiva, bem como a enfermagem, estão atreladas à mesma visão.

A assistência à saúde coletiva é conceituada como sendo a interferência consciente (sistemizada, planejada e dinâmica) no processo saúde-doença de uma dada coletividade, consideradas as distinções dos grupos sociais, realizada pelo conjunto dos trabalhadores de saúde com coletividade, objetivando a transformação do perfil de saúde-doença¹³.

Podemos prontamente perceber que esta concepção de assistência em saúde coletiva não se encontra operando, expressivamente, na prática, uma vez que também não se encontram operando as concepções a ela correlatas, ou seja, de sociedade e de processo saúde-doença. A visão idealista de mundo com as correspondentes conceptualizações, estão ainda permeando fortemente a nossa prática em saúde.

A questão epistemológica se faz presente à medida em que as concepções que permeiam a nossa prática são por sua vez mediadas e originárias de uma dada visão de mundo e que, neste momento, ao tentar tornar possível a utilização do método dentro da visão materialista histórica e dialética, devem ser elas claramente expressas. Melhor dizendo, não se trata de entender somente as etapas e sim de buscar compreender porque, para que e com quem desenvolvemos tal proposta de método.

3. PRESSUPOSTOS DA OPERACIONALIZAÇÃO DO MÉTODO: A QUESTÃO DAS AMARRAS ARTICULADAS

Desde que a proposição deste método está explicitamente posta dentro de um referencial teórico-filosófico, há necessidade de recolocar os pressupostos e leis que fazem a articulação das partes, sem o que ele se torna mera alternância de fases, ou troca de denominações até então utilizadas por outras proposições de sistematização da assistência, embasadas em outros referenciais.

As leis que percorrem o método são as três leis fundamentais da dialética, ou seja: *a lei da unidade e luta dos contrários; a lei da transição de mudança quantitativa para a qualidade; e a lei da negação da negação.*

Subordinado a estas leis, ocorre o processo de

desenvolvimento que a teoria materialista dialética sustenta como sendo:

1) o que desencadeia e impulsiona o desenvolvimento são as contradições internas, ou seja, o choque de várias forças e tendências que são inerentes a um determinado fenômeno; 2) há uma conexão indissolúvel e uma mútua dependência entre todos os aspectos dos fenômenos; 3) o processo de desenvolvimento não é uniforme e gradual, mas apresenta episódios de reviravoltas, saltos e revoluções que se iniciam pela acumulação gradativa em quantidade para, em um dado momento posterior, seguir-se a passagem para uma nova qualidade; 4) o processo de desenvolvimento não é linear, antes, pode ser comparado a uma espiral, porque os estágios podem parecer que são percorridos várias vezes, só que, a cada aparente repetição, retorna-se ao anterior, porém, num nível superior⁵

Os pressupostos essenciais que articulam o método, de acordo com EGRY³, são:

- *Dinamicidade* - que significa que toda a realidade social está em contínua transformação, sofrendo sucessivas modificações no tempo e no espaço. A sociedade, o processo saúde-doença, assim como o processo assistencial não escapam desta dinamicidade.

- *Historicidade* - que advém do entendimento de Engels, que designa uma visão do desenrolar da história, que procura a grande força motriz de todos os acontecimentos históricos importantes no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações do modo de produção e de troca na consequente divisão da sociedade em classes e na luta entre as classes.

- *Participação* - que é expressa no processo de manifestação das vontades pessoais no contexto do grupo, para que estas (as vontades) sofram as ampliações que lhes impõem as contraposições das vontades alheias; com isto, as pessoas podem compreender as articulações entre as diferentes dimensões do objeto fenomênico e em conjunto construir alternativas de equacionamento das questões, agora dentro de perspectivas grupais. Ou ainda, como refere HENRIQUES⁷,

a participação está em estreita vinculação com o processo de consciência social. Os homens modelam a sociedade segundo sua consciência, porém, esta modelagem

é mediada pela própria sociedade. Nenhuma transformação social é um ato de um homem só, resulta ela da verdadeira natureza da sociedade pelas parcelas das massas que as constituem. Nas sociedades divididas em classes antagônicas (nosso caso), toda a superestrutura (o aparelho do Estado, suas instituições jurídicas, religiosas, órgãos de representação, as universidades, os meios de comunicação, etc.) está, se considerada em seu conjunto, voltada para manter nas massas, a idéia de que a ordem social é justa, legítima ou até mesmo sagrada, a fim de que cada um cumpra as tarefas que lhes cabem e das quais depende a viabilidade da própria sociedade. Cabe ao processo participativo desmistificar o interesse predominante na manutenção da ordem social vigente.

- Horizonte - é a antevisão da qualidade nova que se quer chegar, enquanto lugar, conteúdo e processo; não sendo meramente objetivo, ou meta, ele é continuamente re-situado e re-dimensionado no decorrer do caminho para o seu alcance. Articulado aos pressupostos anteriores, ele é dinâmico, histórico e formulado em conjunto com os diferentes atores sociais que partilham a intervenção no processo saúde-doença.

4. A APROXIMAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA ATRAVÉS DAS TRÊS DIMENSÕES DA REALIDADE: A QUESTÃO DA TOTALIDADE

O caráter histórico, bem como, a natureza dialética do processo interventivo, exigem que se leve em consideração o conjunto de fenômenos que operam a realidade social, ou seja, a totalidade, como a concebe LUKÁCS¹¹. De acordo com este autor, a compreensão dialético-materialista da totalidade compreende: em primeiro lugar, o caráter interativo da unidade concreta de contradições existentes numa dada totalidade; em segundo, o caráter de relativização de posição toda totalidade contém totalidades inferiores a ela subordinadas e por sua vez, ela está sobredeterminada por uma outra de complexidade superior; e em terceiro lugar, o caráter da sua relatividade histórica, ou seja, da mutabilidade, da limitabilidade espacial e temporal de sua existência.

Para que se possa apreender a totalidade na assistência de enfermagem, a realidade objetiva, ou seja, o processo saúde-doença da coletividade,

esta deve ser aproximada desdobrando-se em três dimensões: a estrutural, a particular e a singular.

A dimensão estrutural compreende os processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e do desenvolvimento das relações de produção, da formação econômica e social e das formas político-ideológicas derivadas.

A dimensão particular compreende os processos de reprodução social, manifestos nos perfis epidemiológicos de classe, integrados pelo perfil reprodutivo de classe e perfil saúde-doença, e formas especiais de prática e ideologia em saúde.

MARX¹² explica a reprodução social:

qualquer que seja a forma social do processo de reprodução, ele tem de ser contínuo, deve repetir periodicamente as mesmas fases. Uma sociedade não pode deixar de produzir, como não pode deixar de consumir. Portanto, quando visto como um todo interligado, e no fluxo constante de sua renovação permanente, todo o processo social de produção é, ao mesmo tempo, um processo de reprodução.

No processo de trabalho, a unidade de produção e reprodução pode ser tomada separadamente, correspondendo ao momento produtivo aquele no qual

o homem produz os bens desgastando-se ao consumir sua força de trabalho, e o momento reprodutivo durante o qual o homem consome os bens reproduzindo-se. (...) Cada momento produtivo corresponde a um momento reprodutivo particular, e da combinação de ambos dependem os padrões de desgaste-reprodução que originam o processo saúde-doença dos grupos sociais⁹.

A dimensão singular compreende os processos que, em última instância, levam a adoecer e a morrer ou, ao contrário, a desenvolver o nexos bio-psíquico dado pelo seu funcionamento, consumo-trabalho individual e pelas formas de participação individual de organização e consciência¹³.

Com esta aproximação, é possível descobrir as inúmeras concatenações ocultas que frequentemente mascaram o objeto de intervenção (processo saúde-doença de um dado grupo social) conduzindo paulatinamente ao entendimento/apreensão da totalidade exposta dialeticamente¹³.

ETAPAS DO MÉTODO: a questão da articulação para operacionalização orientada pelo materialismo histórico e dialético

O método de assistência de enfermagem (neste referencial) é um instrumento do processo de trabalho, que permite intervir no objeto-processo saúde-doença da coletividade, mais diretamente referido à singularidade, através de aproximações sucessivas com a realidade objetiva - processo saúde-doença mais referido à particularidade e à estruturalidade de dado grupo social - no sentido de transformá-lo qualitativamente.

As etapas propostas para o desenvolvimento do método, de acordo com QUEIROZ e EGRY¹³, apesar de serem apresentadas sequencialmente para facilitar a sua compreensão, guardam entre si a relação de interpenetrabilidade, ou seja, cada uma delas está fortemente articulada e é componente da mesma totalidade - a intervenção consciente (refletida, conseqüente e intencional) no processo saúde-doença.

No seu desenrolar observa-se, entretanto, que as etapas revelam momentos hegemônicos de abordagem. Isto quer dizer que, em dado momento, uma delas está mais destacada do que as demais, para o aprofundamento de determinada fase. Da mesma maneira, as dimensões da realidade objetiva serão aproximadas, operando com certa relevância uma ou outra. Importa neste percurso compreender que as dimensões fazem parte da mesma totalidade, estando fortemente articuladas entre si e, que sem a visualização de todas, mesmo em níveis de destaque distintos, não se pode apreender a dada totalidade. Ressalte-se que a totalidade não é apreensível inteiramente, pois ela é móvel e mutável, portanto, esta apreensão significa tão somente a realização de processos contínuos de totalização.

Primeira etapa: Captação da realidade objetiva

O conhecimento da realidade objetiva através das três dimensões, se faz a partir do levantamento de dados que permitam visualizar a situacionalidade, ou seja, como o objeto fenomênico encontra-se posto neste momento, a sua concatenação com as transformações que se sucederam (historicidade), e no modo como estas transformações ocorreram (dinâmica). Deve

necessariamente ser um processo participativo, na medida em que importa conhecer como o sujeito do processo assistencial percebe a realidade em que se insere, e da forma como percebe.

Para compor, numa primeira instância, os dados da dimensão estrutural, é necessário que se recolha: forma de organização social, políticas de saúde, destinação destas políticas e as instituições de saúde.

A composição da dimensão particular é realizada através da explicitação da situacionalidade, dinâmica e historicidade do processo saúde-doença nos diferentes grupos sociais, destacando-se aquele pertencente ao sujeito da intervenção. Além disto, há que se considerar a dinâmica situacional e a historicidade dos perfis reprodutivos de classe e das formas especiais de prática e de ideologia em saúde de distintos grupos sociais. As organizações e movimentos populares são pertinentes a esta dimensão. No Brasil, até este momento, os dados sobre mortalidade e morbidade não estão discriminados por grupos sociais (classes sociais) e isto acaba tornando-se o principal obstáculo para a compreensão mais aprofundada desta dimensão, assim como para a correspondente interpretação e construção do projeto de intervenção.

A dimensão singular é composta pela dinâmica, historicidade e situacionalidade dos processos de sobrevivência e/ou aperfeiçoamento dos grupos sociais enquanto riscos e potencialidades mais proximais que afetam diretamente o nexos biopsíquico. Devem ser levantados dados relativos ao: trabalho (vinculação, remuneração, jornada, ambiente físico, etc), habitação (ambiente físico, espaço, propriedade, localização, mobilidade, aparelho urbano, etc.), educação (acesso, educação formal/não formal, fontes de obtenção de temática para reflexão, etc.), relações familiares e grupais (qualidade, oportunidade, coesão, vida reprodutiva, etc.), alimentação (acesso, qualidade, produção, etc.), corpo bio-psíquico (domínio, desgaste, sensações, funcionamento do corpo, tematização ou representação dos processos de saúde-doença, etc.), prazer (quantidade, qualidade, participação individual ou grupal, etc.), transporte (acesso, tempo gasto, propriedade, etc.)¹³.

Segunda etapa: Interpretação da realidade objetiva

As contradições existentes entre e inter dimensões e seus grupos temáticos são

evidenciados nesta fase. A interpretação da realidade objetiva subjaz à visão de mundo e por isso torna-se tão mais difícil quanto maior for a consciência ingênua dos partícipes, ou seja, a sua alienação. A alienação caracteriza-se, segundo LANE¹⁰,

pela atribuição da naturalidade aos fatos sociais; esta inversão do humano, do social, do histórico como manifestação da natureza, faz com que todo o conhecimento seja avaliado em termos de verdadeiro ou falso e de universal; neste processo a consciência é reificada, negando-se como processo.

Nesta fase de interpretação da realidade objetiva, os conhecimentos teórico-práticos existentes até o momento são considerados, e à luz deles, é que se pode verificar, principalmente, a contradição teórico-prática. Desta forma, os avanços tecnológicos, bem como novas maneiras de compreender o processo saúde-doença, devem ser recolocados.

Terceira etapa: construção do Projeto de intervenção

O projeto de intervenção na realidade objetiva deve conter proposições que abarquem as três dimensões, hierarquicamente postas, mesmo que provisoriamente, dado que tal hierarquia é flexível e mutável a depender do foco proximal que se quer elucidar. Para tal hierarquização, os grupos temáticos devem sofrer rigoroso exame à luz da: vulnerabilidade de conteúdo, ou seja, da possibilidade concreta de intervir pelo saber/não saber existente; vulnerabilidade espacial e temporal, que é dada pela oportunidade, ou época, em que poderá haver o ponto de ruptura; vulnerabilidade de forma, ou seja, da existência, ou não, de estratégias de intervenção que possibilitem o rompimento.

O projeto de intervenção deve conter: objetivos, definição das responsabilidades dos partícipes e cronograma de execução com as respectivas estratégias.

De acordo com os pressupostos metodológicos, o projeto é mutável, sofrendo substanciais modificações no desenvolver do processo, em decorrência de novos dados captados, da reinterpretação dos dados e dos resultados da intervenção. O projeto deve ser continuamente reelaborado, mesmo assim, em todas as versões há necessidade de se explicitar

claramente as proposições. Isto permitirá captar a dinâmica das transformações ocorridas decorrentes da reinterpretação continuada e aprofundada, revelando, por si só, o movimento de consciência.

Quarta etapa: intervenção na realidade objetiva

Nesta etapa são executadas as proposições contidas no projeto. Inicialmente pode haver maior tendência em concentrar as ações dentro da dimensão singular. Isto decorre como produto de nossa formação profissional, onde há absoluta hegemonia das ações biologizantes, desconsiderando a inserção do homem na sociedade. E também, o resultado histórico dos investimentos valorativos que vêm sendo realizados no campo da saúde. Ainda que inicialmente assim proceda, o desenvolvimento do método exige que as demais dimensões sejam lidadas de modo que possibilite concatenar os temas, articuladamente, dentro da totalidade, sem o qual tomaria apenas um “*fator biológico*”, contrariando a natureza dimensional da singularidade.

Quinta etapa: reinterpretação da realidade objetiva

Tão importante quanto as demais etapas, a reinterpretação possibilita a avaliação do alcance das proposições, a compreensão das facilidades e dificuldades no desenvolvimento do processo, bem como, a visualização da dinâmica que se instalou nele. O exame acurado da historicidade, da dinâmica, da participação e do horizonte, permitirá re-situar as proposições acrescidas de novos grupos temáticos que surgirão durante o processo assistencial.

A operacionalização deste método exige que a totalidade seja gradativamente aproximada, articulando-se firmemente as suas partes, ou sejam, as dimensões, com os pressupostos e as leis da dialética materialista.

6. O MÉTODO COMO INSTRUMENTO E COMO PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM: a questão da condução praxiológica

A interferência consciente (refletida, conseqüente e intencional) em uma dada realidade objetiva, não se dá apenas no momento da

assistência, mesmo porque ela não pode ser isolada do contexto das relações que estabelecem os trabalhadores de saúde em geral, e particularmente, os da enfermagem. Uma vez que o método exige a compreensão dos fenômenos sob determinada visão de mundo, os agentes sociais envolvidos no processo assistencial de enfermagem necessitam re-situar os conceitos e concepções presentes, compreendê-los dentro da totalidade e analisá-los na sua historicidade, dinamicidade, horizonte e participação. Há que se aclarar gradativamente cada uma das concepções e pressupostos à luz da vivência pessoal e profissional, num processo coletivo de reflexão acerca do seu trabalho.

Dessa maneira, a possibilidade de tornar operacional o método ora examinado pressupõe um processo continuado de reflexão acerca de nossa prática profissional, re-situados dentro da ótica materialista dialética e histórica de mundo. Nesse processo, as concepções mais presentes em nossa profissão, tais como sociedade, homem, processo saúde-doença, enfermagem, assistência de enfermagem deverão ser re-conceptualizados, através de sucessivos movimentos que contemplem o repensar crítico sobre a realidade objetiva de nosso trabalho.

7. CONCLUSÃO

A utilização correta do Método de Assistência de Enfermagem orientada pelo materialismo histórico e dialético, enquanto um instrumento do processo de trabalho assistencial, deve ser fortemente embasada na compreensão de suas raízes teórico-filosóficas, sem o que se torna um mero roteiro a ser seguido. Portanto, o caráter processual, praxiológico e totalizante deve ser minuciosamente elucidado, a fim de que, à sua operacionalização, não se caia na armadilha de desconectar os elementos constitutivos dos processos de trabalho, ou seja a Finalidade, os Meios e Instrumento e o Objeto. Mesmo assim, na fase de reinterpretação, é preciso re-examinar, também, as contradições existentes no saber ideológico que orienta o processo de trabalho da assistência de enfermagem.

Ao aplicar o instrumento, cada pesquisador deve procurar elaborar decodificadores mais refinados, que possibilitem a intervenção no objeto, considerando-se as singularidades, tanto do processo saúde-doença, quanto do processo de produção dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARAÚJO, L.D.S. *A prática da mulher que amamenta tendo como base um marco conceitual fundamentado no materialismo histórico e na teoria das representações sociais: amamentar, uma opção consciente?* Trabalho apresentado à disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1989. 86p. (mimeo).
- 2 - BREILH, J. e GRANDA, E. *Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre novo método epidemiológico.* São Paulo: Instituto da Saúde/ABRASCO, 1986.
- 3 - EGRY, E.Y. A sistematização da assistência de enfermagem em saúde coletiva orientada pelo materialismo histórico dialético: em busca do horizonte da unicidade entre o saber e o fazer. IN: SEMANA WANDA DE AGUIAR HORTA, 3, 1989, São Paulo *Anais...* São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1989.
- 4 - EGRY, E.Y. e BERTOLOZZI, M.R. *Assistência de enfermagem à família fundamentada no materialismo histórico e dialético: da proposição teórica ao ensaio da prática.* Trabalho apresentado no Curso de Extensão Universitária "Pesquisa e Prática da Enfermagem" da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1988 (mimeografado).
- 5 - FONSECA, R.M.G.S. da. *Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexo coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo biológico de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde.* São Paulo, 1990. 336 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1990.
- 6 - GHIORZI, A.R. *Possibilidades e limites para uma prática transformadora na enfermagem familiar.* Florianópolis, 1991. 230 p. Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- 7 - HENRIQUES, S.B. A ciência e a filosofia. *Ci. e Cult.*, São Paulo, v.33, n.2, p 198-212, fev., 1981.
- 8 - INFANTE, N.B. e ALVAREZ, L. Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialectica. *Educ.Med. Salud*, v..21, n.2, p.92-105, 1987.
- 9 - KRAPÍVINE, V.V. *Filosofia marxista-leninista: fundamentos científicos e método de estudo.* Moscou: Progreso, 1984.
- 10- LANE, S.T.M. Consciência e alienação: a ideologia a nível individual. IN: LANE, S.T.M. e W. CODO. *Psicologia social: o homem em movimento.* São Paulo: Brasiliense, 1984.

- 11- LUKÁCS, G. *Historia y consciencia de clase: estudios de dialéctica marxista*. México: Grijalbo, 1969.
- 12- MARX, K. *O Capital*. Livro I. São Paulo, Bertrand Brasil-DIFEL, 1987.

- 13- QUEIROZ, V.M. e EGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético. *Rev. Bras. Enf.*, v.41, n1, p.26-33, jan/mar 1988.

Recebido para publicação em 1º/8/94.