

CARACTERÍSTICAS DEL SABER EN ENFERMERIA EN EL AREA MATERNO-INFANTIL: ANALISIS DE SU DISCURSO

SEMIRAMIS MELANI MELO ROCHA*
GRACIETTE BORGES DA SILVA**
NEIRY PRIMO ALESSI***

RESUMEN

Partiendo del presupuesto de que enfermería es una práctica histórica y socialmente determinada, este trabajo se propone investigar específicamente la manera cómo los profesionales de esta disciplina en Brasil han incorporado en su discurso las políticas estatales de protección a la maternidad y a la infancia. Para tal efecto, se analizan varios artículos sobre programas de asistencia y enseñanza en el área materno-infantil publicadas por la Revista Brasileira de Enfermería.

Como resultado de este análisis se señalan: la ausencia de un adecuado fundamento teórico en la mayoría de los trabajos, la despreocupación por los problemas de orden epistemológico, el predominio de los estudios descriptivos sobre los analíticos, la superficialidad y generalidad de las explicaciones, el marcado carácter ideológico de las interpretaciones propuestas y el desconocimiento de las determinaciones histórico-sociales que operan sobre la práctica de enfermería.

Finalmente se plantea la necesidad de asumir una perspectiva dialéctica para poder comprender el discurso y la práctica de enfermería en el contexto de una formación social concreta.

* Profesora-asistente del Departamento de Enfermería General y Especializada. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

** Profesora-asistente del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

*** Profesora-asistente del Departamento de Psicología y Educación. Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

INTRODUCCION

El período comprendido entre fines de la década de 1950 y comienzos de los años setenta marca la cristalización definitiva del hospital como núcleo de la atención médica en la sociedad brasileña. Ese proceso explica el por qué las categorías profesionales de enfermería, desde entonces, han concentrado el desempeño de sus actividades en establecimientos hospitalarios, en detrimento de la atención ambulatoria y de aquella prestada por instituciones de salud pública.

En 1966, con la unificación de los institutos de jubilados y pensionados (IAPS) en el "Instituto Nacional de Previdencia Social" (INPS), hubo penetración en gran escala de los intereses capitalistas en el sector de la salud: gran expansión de las empresas médicas privadas y expansión del mercado consumidor de medicamentos y equipos. Estas características también impusieron una consolidación de las acciones curativas en perjuicio de la atención preventiva, imposición ésta que se vincula a cuestiones sociales de orden más general.

Simultáneamente la expansión de la economía capitalista brasileña, claramente asociada al capital extranjero, al redefinir nuevos rumbos al proceso de acumulación provocó, entre otros aspectos, aumento significativo en el volumen de las migraciones internas. Por primera vez en la década del setenta, la población urbana supera la rural, constituyendo aquélla el 56% de la población total (3). Las ciudades crecieron desordenadamente, agudizando los trazos de la urbanización sociopática como falta de saneamiento básico, precarias condiciones de habitación, alimentación, transporte. El desempleo y subempleo alcanzan crecientes sectores de la población. Viviendo en esas condiciones, no podía dejar de presentarse también un visible agravamiento del estado de salud. Se amplía la demanda por servicios médico-hospitalarios ofrecidos por la "Previdencia" que fue incapaz de satisfacerlas en virtud de las directrices imprimidas por las políticas del sector, privilegiando el capital en detrimento de la asistencia a las reales necesidades de salud de la población. A partir de 1974, al declararse una nueva crisis en el sistema capitalista con graves repercusiones para los países dependientes, el Brasil ha enfrentado, además de la crisis económica, una creciente insatisfacción popular. Las presiones sociales emergentes y la necesidad de legitimación del régimen llevaron a sus líderes a buscar cómo ampliar sus bases de sustentación aumentando, por ejemplo, las inversiones en salud, educación y beneficios sociales (13). El sector salud que, en larga medida, reproducía la crisis económica y política, fue reestructurado con la creación del Sistema Nacional de Salud (Ley 6229/75). Buscando ampliar sus bases sociales y atender a las reivindicaciones populares, el

Estado Brasileño del Ministerio de Salud, incentivó la creación de Programas de "Extensión de Cobertura", dirigidos a los sectores más carentes de la población, tales como los Programas de Alimentación y Nutrición, Vigilancia Epidemiológica y Salud Materno-Infantil, entre otros.

Nos interesa aquí, particularmente, el programa de salud materno-infantil (P.M.I.), formulado en 1974, para atender al sector de la población considerado más vulnerable y de mayor riesgo (9). La prioridad conferida al grupo materno-infantil, hace parte de un proceso instaurado desde fines del siglo pasado en las sociedades capitalistas en general, configurando un verdadero movimiento internacional en pro de la maternidad y de la infancia influenciando las políticas de salud definidas por el Estado.

Márquez (5), estudiando este movimiento, observa que la "conciencia Social" le ha ofrecido una justificación teórica, mientras que la higiene y la medicina preventiva le han aportado los medios de acción. Después de la Segunda Guerra Mundial la protección a la maternidad y a la infancia ganó fuerza y se ha ampliado. Sus directrices fueron trazadas por agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y United Nation International Children Fun (UNICEF), entre otras, presentando características diferentes en países desarrollados y dependientes. Esto porque su operacionalización está fundamentada en indicadores de salud como índices de morbi-mortalidad infantil y materna, que delimitan los factores de riesgo a los cuales están expuestos los grupos. En los países capitalistas dependientes estos índices apuntan para causas llamadas evitables, o sea, directamente vinculadas a condiciones socioeconómicas, que engloban nutrición, habitación, saneamiento básico, educación y otros.

En Brasil como en todos los países de América Latina, la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Infancia (11) ha causado impacto al divulgar los indicadores de salud, que señalan las precarias condiciones de existencia del grupo materno infantil, principalmente cuando son comparados con los indicadores de los países desarrollados (5).

En 1974, la formulación del Programa de Salud Materno Infantil, bajo la asistencia técnica y financiera de la Coordinación de Protección Materno-Infantil (CPMI) del Ministerio de Salud (9), presentó el diagnóstico siguiente: presencia de elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, gran proporción de defunciones de menores de un año y de niños de 1 a 4 años y el predominio de muertes por causas evitables. Esas características coexisten con una inadecuada distribución geográfica de la atención hospitalaria, para-hospitalaria y médico-sanitaria; un número limitado de camas por habitante; un número excesivo de hospitalizaciones muchas de las cuales son innecesarias; ausencia de programas coordinados por los recursos

humanos, se encontró una relación desproporcionada entre equipo de salud y población. Además del número insuficiente de médicos especializados y de personal de nivel medio y auxiliar, se encontró una inversión de la proporción médico-enfermera (una enfermera por cada seis médicos):

Utilizando datos de 1970, el documento referido señala el cuadro siguiente: de 8.152 enfermeros graduados, sólo 823 trabajan en la asistencia de salud pública, a pesar de que en esta área existían 13 profesionales de enfermería de nivel medio y auxiliar por cada enfermera graduada.

Un programa de acción tiene por objetivo central la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, proponiéndose alcanzarlo a través de: la regionalización de las instituciones de salud; una distribución más racional de los recursos; preparación, utilización y reciclaje del equipo; asistencia integral del grupo materno-infantil (considerando la familia como unidad); participación de la comunidad en la solución de los problemas de salud a nivel local y acciones educativas.

Fueron definidas como prioritarias la asistencia: preconcepcional, prenatal, al parto, a la puerpera y el infante. Para los menores de 5 años propone estímulo a la alimentación materna; suplementos alimenticios en caso de insuficiencia de la leche materna; control de crecimiento y desarrollo; prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias; inmunización y asistencia odontológica. El programa propone además, en sus directrices, la adopción de medidas de saneamiento del medio y el control de la salud de niños.

Es interesante notar cómo el Programa resguarda al Estado de asumir integralmente sus propuestas de asistencia, pues afirma en la página 30: "no es competencia solamente del Estado proveer todos los medios y recursos indispensables para atender a todas las necesidades médico-higiénico-sociales de la infancia, tanto en las áreas urbanas como sobre todo en las rurales. Ciertas comunidades deben ofrecer esos recursos a grupos especiales de niños que los necesiten, sea como complementación a la familia de origen, sea en sustitución provisoria a la misma" (9). Esta proposición apela a la colaboración de las comunidades en un proceso político global que prima por la centralización de las decisiones en todos los aspectos concernientes a la sociedad civil.

Podemos esquematizar rápidamente, la asistencia médica a la maternidad y a la infancia tal como se está realizando actualmente por el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previdencia Social, servicio estatal representado por los Centros de Salud, Clínicas y Consultorios particulares. Entre estas instituciones solamente los Centros de Salud, que atienden principalmente la demanda de una población que vive en condiciones

precarias, implementaron las directrices trazadas por el P.M.I., cuya característica principal es su aspecto normativo y disciplinador de los comportamientos sociales.

Considerando la conformación actual de la práctica de enfermería en Brasil, constatamos que 80% de los "ocupacionales" y aproximadamente 90% de los enfermeros, desempeñan sus actividades en instituciones hospitalarias, (principalmente en servicios propios del INAMPS o contratados por él) (10). Así, no hay lugar en la red hospitalaria para el pleno ejercicio de la puericultura y de la enfermería obstétrica porque, de manera general, los enfermeros son utilizados en cargos administrativos o en unidades de terapia intensiva. La práctica de enfermería en puericultura (o pediatría preventiva) está restringida a los servicios de las Secretarías Estatales de Salud, quienes han implementado la asistencia materno-infantil a nivel de prevención primaria.

METODOLOGIA

Partiendo del presupuesto de que la enfermería es una práctica histórica y socialmente determinada, que ha establecido por tanto relaciones con las prácticas de salud en general y con la medicina, en particular, nos interesa verificar cómo ella se ha insertado en este contexto de protección a la maternidad y a la infancia. Este trabajo se propone más específicamente, investigar cómo la categoría de los enfermeros ha incorporado, al nivel del discurso, el programa enfocado en el período de 1974 hasta la presente fecha.

Elegimos la **Revista Brasileira de Enfermagem** como fuente de los artículos analizados en el estudio, por ser el órgano que aglutina las directrices intelectuales que han orientado las acciones de los enfermeros de todo el Brasil, vehículo de expresión del pensamiento dominante de la Asociación Brasileira de Enfermagem y de las Escuelas de Enfermería, una vez que sus artículos están, en su mayoría, vinculados a ella (2).

Los artículos escogidos se refieren a programas de trabajo y enseñanza de enfermeros en el área de materno-infantil, se excluyeron los temas que abordan problemas eminentemente biológicos o técnicos. Después de esta selección los artículos fueron clasificados, primero de acuerdo con su contenido predominantemente descriptivo (relatos de experiencias, descripción de situaciones, constatación de hechos) o analítico, (incluyendo explicación de hechos). Los artículos identificados como de contenido analítico pasaron por una reclasificación, basada en las características generales de las explicaciones que presentaban, es decir, se procedió a una subclasificación de ellos según tuvieran un contenido analítico-ideológico (explicaciones

superficiales, ahistóricas, limitadas a la apariencia de los fenómenos) o crítico (explicaciones que buscan las raíces de los problemas y sus articulaciones con la sociedad global, en momentos históricos específicos).

CLASIFICACION DE LOS ARTICULOS

Fueron identificados 42 trabajos relativos al área materno-infantil de un total de 279 publicados entre enero de 1975 y el primer trimestre de 1983 correspondiendo a 150/o de la totalidad. Germano (2) ha observado que aumentan los trabajos en esa área en el quinquenio 1975/80, presentando un porcentaje inferior solamente a la médico-quirúrgica, probablemente debido a los discursos gubernamentales que pasan a enfatizar la "extensión de cobertura" a las poblaciones carentes, donde el grupo materno-infantil se destaca. De la totalidad de artículos seleccionados, 16 (correspondientes al 390/o del área materno-infantil) fueron considerados como técnicos o biológicos y, por lo tanto, excluidos del análisis. Como ejemplo, citamos el artículo de Schubert & Freddi (53). "Escoamiento de sangre funicular como método auxiliar del dislocamiento de la placenta" cuyo objetivo consiste en la discusión de una técnica específica. Al fin, disponíamos de 26 artículos para análisis.

ANALISIS DEL DISCURSO

Entre los trabajos seleccionados, la gran mayoría (84,60/o) está constituida por los de tipo descriptivo, a pesar de que dos (7,700/o) muestran alguna preocupación por el análisis de las cuestiones que enfocan (clasificados como analítico-ideológicos); otros se caracterizan por hacer una apología de instituciones y personas y ninguno se caracteriza como analítico-crítico (Tabla 1).

El conjunto de esta producción demuestra la postura acrítica del enfermero no sólo con relación a cuestiones amplias como salud y educación, pertinentes a la temática estudiada, como a su propio objeto, la asistencia de enfermería.

Verificamos en la tabla 2 que los docentes de las escuelas de enfermería responden por 57,70/o de la producción-reproducción de conocimiento divulgado por la *Revista Brasileira de Enfermagem*, siendo los principales responsables por su producción intelectual, hecho también constatado por Germano (2).

Mendes & Trevisan (8), analizando la utilización del método científico en las investigaciones de enfermería, llaman la atención sobre la necesidad de discutir los métodos empleados, en el sustento del conocimiento en aque-

lla área. De acuerdo con estos autores y con el mismo propósito, haremos algunas consideraciones generales sobre cuestiones de orden metodológico, notando en primer lugar la ausencia de fundamento teórico en la mayoría de los trabajos, evidencia de una nítida despreocupación de naturaleza epistemológica. Este aspecto se contraponen flagrantemente a las advertencias constantes de los autores de los artículos para que los enfermeros busquen en el método científico la legitimación del prestigio para la categoría.

De la ausencia de fundamentación teórica se desprenden evaluaciones subjetivas de los objetivos propuestos. Como ejemplo, mencionamos un trabajo sobre la participación de enfermería en un programa materno-infantil de una Secretaría de Salud, donde la autora concluye que:

"La evaluación continuada de la eficiencia del Programa ha permitido identificar problemas y reajustar la programación de las actividades en función de las discrepancias observadas" (26).

sin dejar explícitos los problemas identificados y sus respectivas discrepancias. Una vez que el diagnóstico de la programación mencionada se basa en índices de mortalidad y morbilidad, sería de esperar que los problemas y las discrepancias observadas fuesen especificados en términos epidemiológicos, ciencia que sostiene el programa, lo que no ocurre.

Como los trabajos, en su mayoría, son descriptivos y no analíticos, enmascaran frecuentemente los puntos centrales de los problemas estudiados, limitándose a una plétora de citas de órganos gubernamentales, como el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-80, agencias internacionales, publicaciones de OMS, recomendaciones de Alma-Ata y reproducción de las estadísticas oficiales. Se limitan a afirmar, por ejemplo, que los índices de morbilidad y mortalidad infantil son altos y preocupantes, sin discutir la cuestión fundamental: salud-enfermedad en la maternidad y en la infancia en una formación social concreta. En vez de eso, los autores buscan insertarse automáticamente en las propuestas gubernamentales, sin cuestionarlas.

Esta inserción se da a través de un ropaje nuevo para procedimientos tradicionales, ejemplificados por la "consulta de enfermería al gestante y al niño", "levantamiento de necesidades básicas", "sistematización y operacionalización de las actividades de enfermería". Aquellos procedimientos son presentados como formas de racionalizar la asistencia y de contribución del enfermero para alcanzar objetivos como "salud para todos en el año 2000" (15), "contribución para el desarrollo del país" (28), "mejoría de salud de las madres y niños del área, contribuyendo a elevar el nivel de vida del grupo familiar" (31).

En las frases presentadas, no existe un señalamiento de los determinantes históricos de la salud-enfermedad, generados en las formas específicas como los hombres producen y reproducen sus condiciones materiales de existencia, en las relaciones sociales que establecen en diferentes modos de producción (6), caracterizándose por la superficialidad y generalidad extrema. Encontramos, por ejemplo, conclusiones que afirman:

"La consulta de enfermería para el grupo de niños —objeto del estudio— fue valiosa no sólo porque ha identificado problemas sociosanitarios de las mismas, sino también porque buscó asistir a esos problemas de forma racional, utilizando los recursos disponibles en el servicio y en la comunidad" (29).

Esta afirmación es hecha en cuanto su autora admite que:

"No fue posible verificar cuáles fueron los problemas corregidos, pues debido al poco tiempo de permanencia de los alumnos y docentes en los servicios de salud, no fueron hechas consultas subsecuentes para todos los niños que recibieron las primeras consultas de enfermería" (29).

La protección a la maternidad y a la infancia, en el análisis de Marques (5), constituye un discurso institucional que contiene una propuesta a nivel de ideas y de prácticas existentes en el área.

A nivel de las ideas, ella tiene un aparato conceptual poco preciso. Se basa en el enfoque epidemiológico de la multicausalidad, sin profundizar la relación riesgo-clase social que apunta como un marco de análisis. Breilh & Granda (1) ya discutirán las fallas de ese enfoque positivista de la epidemiología clásica que se fundamenta en una interpretación simplista de la sociedad vista como un todo homogéneo, cuyas diferenciaciones internas se reducen a variaciones aparentes, fundamentalmente biológicas (sexo, edad, raza) y sociales (ocupación, instrucción, renta). Los factores ambientales, para ser estudiados como variables causales, son categorizados artificialmente en saneamiento del medio, abastecimiento de agua, condiciones de habitación. Abordados bajo una óptica mecanicista enmascaran la determinación económico-social que los antecede y la interpretación de la salud-enfermedad como expresión particular de modos de producción determinados, teniéndose en última instancia, las vinculaciones de clase de las poblaciones que enferman.

A nivel de la práctica, el referido programa constituye una propuesta de investigación en las instituciones de salud, que busca racionalizar y normatizar las acciones dirigidas predominantemente a una parcela de la población genéricamente catalogada como "de riesgo", "carente", "pobre". Sus proposiciones disciplinarias se dirigen tanto a los agentes de salud como a la población que pretende alcanzar. Para los agentes de salud hace énfasis

sis en la necesidad de relaciones jerárquicas, la presencia de una división de trabajo bien definida entre las diferentes categorías así como el control en el desempeño de sus tareas y en la utilización de su tiempo de trabajo en la institución (5).

De la población-blanca se pretende un cambio de actitud, organizando y racionalizando su comportamiento de acuerdo con preceptos de higiene y medicina preventiva. En esencia, parece que busca "llevar a los miembros de una clase social excluida de la organización escolar, la promoción de una "conciencia sanitaria", mediante el consumo de acciones de salud" (5).

Esta propuesta es reproducida en el discurso y en la práctica de los enfermeros, siendo que su carácter ideológico se manifiesta en la explicación de la necesidad que la categoría siente de enfrentar los altos índices de mortalidad y morbilidad infantil actuando sobre los efectos y no sobre las causas determinantes, presentando una visión invertida de la realidad (7). La baja escolaridad de las madres, la baja demanda de los servicios preventivos (puericultura y pre-natal), las condiciones precarias de higiene, vivienda y saneamiento, ya referidas, aparecen ante el enfermero como causas de morbilidad y no como consecuencias de un determinado modo de producción, que no posibilita a la mayoría acceso a los bienes y beneficios producidos colectivamente. Ejemplificando, tomemos las consideraciones de Dourado (22).

"El menor en el Brasil de hoy presenta necesidades clamorosas para las cuales gran parte de las esferas de la cultura tendrá que planear y desarrollar acción. . . Afortunadamente los planes de salud de Brasil hoy, incluyendo intrincados programas de interiorización de las acciones de salud y saneamiento encontramos la formación y la experiencia de los enfermeros con cierto progreso. De ese modo pueden ser preparados para participar de esos programas en que el papel del enfermero exige interés genuino en la persona humana, capacidad, creatividad y real formación profesional y de administración y enseñanza".

Germano (2) identificó la correspondencia existente entre los temas de la **Revista Brasileira de Enfermagem** y la política de salud (forma histórica más o menos explícita como el Estado conduce el problema de las condiciones de sanidad de la población) (4) en diferentes coyunturas.

En los trabajos producidos en el área materno-infantil esta relación también está presente. Ejemplificando:

"La enfermería es parte integrante de un programa global de salud pública, luego sus actividades deben estar en armonía con la política general de salud en el país" (36).

Afirmaciones de este tipo refuerzan la concepción del profesional de enfermería como un elemento pasivo, receptor y cumplidor de órdenes emanadas de las instancias del poder.

A nivel de la práctica, también se da la identificación entre las propuestas del Programa Materno-Infantil y aquellas de los enfermeros. Los artículos descriptivos tienen el objetivo implícito de sistematizar las asistencias de enfermería. Describen normas, rutinas de servicio, técnicas de atención, buscando con esto reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil. En otras palabras, la racionalización del servicio propuesta a través de la reducción de gastos con personal y material, de la producción de tareas, se presenta para el enfermero como un medio de promover la salud y asistir el enfermo. Es también el instrumento proclamado para adquisición de prestigio, para su sobreposición a las categorías subalternas y, de ese modo, convertirse en elemento necesario a las instituciones de salud. De ahí emerge una de las grandes contradicciones del discurso de la enfermería profesional, que se pone efectivamente al servicio del capitalismo, al utilizar los principios de administración de Taylor (12), enfermero, como la de los demás agentes de salud contribuye, efectivamente, para la producción-reproducción de la fuerza de trabajo, bien como para el aumento de su productividad. Por otro lado, el hombre visto como un ser bio-psico-social, como quieren los enfermeros adquiere un significado abstracto. La bio-psico-sociabilidad del hombre es concebida independientemente del complejo de relaciones sociales que la engendra y determina.

Asumir el papel de control de las actividades de enfermería en las instituciones, apuntando a racionalizar los servicios aumentando la producción, implica dos consecuencias básicas:

- 1) Centraliza el objeto de trabajo del enfermero graduado en la producción de tareas a bajo costo, negando los principios dominantes en su discurso:

"... la más noble actividad de enfermería es administración de cuidados individualizados al ser humano sano o enfermo a través del análisis científicamente fundamentado en las necesidades básicas" (30).

- 2) Establece una relación de dominación-subordinación entre los enfermeros graduados y las otras categorías de enfermería que actúan en las instituciones de salud. De este hecho resultan los conflictos entre las diferentes categorías (enfermeros, técnicos, auxiliares de enfermería, asistentes) y la lucha por la emancipación que el personal subordinado traba a través de sus órdenes de asociación de clase. Este conflicto es negado en el discurso, como en Tróger (38), que afirma:

"... el trabajo en equipo se está volviendo cada vez más perfeccionado e indispensable para que uno pueda asumir, al menos, parte de las funciones

del otro cuando éste esté impedido. Este hecho está ocurriendo en el equipo de salud donde tanto técnicos como personal auxiliar buscan completarse mutuamente". . .

Ello también presentado de forma discreta, como ejemplo, por Dourado (22), cuando afirma:

"... los conflictos y tensiones entre enfermeros y asistentes son consecuencia de la falta de preparación de los asistentes para sus responsabilidades".

Por otro lado, la contradicción entre la propuesta del enfermero de constituirse en agente transformador y su papel del agente fiscalizador —al servicio de las instituciones y de las políticas de salud— se transluce en algunas recomendaciones finales de los trabajos que, en realidad, se constituyen en censuras veladas a su actuación:

"... Invitamos las enfermeras a reflexionar sobre la posibilidad de recibir y asistir a la madre. . ." (34) (de niños hospitalizados).

"Sugerimos que:

- Los enfermeros pasen a asumir sus papeles al equipo. . .
- Actúen como agentes de cambio. . .
- Que haya continuidad de asistencia materno-infantil, mejoría de la calidad del servicio y racionalización de recursos" (31).
- . . . que los Servicios de Salud, al promover sus investigaciones, soliciten la participación de la enfermera. . .
- "que las enfermeras participen en las investigaciones promovidas por los servicios donde trabajan" (36).

Observamos que los articulistas identifican la necesidad de la profesión de alcanzar mayor prestigio y consolidar su posición en el equipo de salud, reconociendo la existencia de obstáculos que impiden la realización de esos propósitos, los cuales se atribuyen a dos causas: una decadencia de los valores morales, concomitante a la modernización de las costumbres y dificultades de los profesionales de ajustarse a las normas de las instituciones, principalmente hospitalarias.

Lo que los enfermeros no perciben es que la enfermería, como las demás prácticas sociales, por ser parte integrante de formaciones sociales concretas, se presta, sobre todo, a su preservación. En otras palabras, aunque el discurso hegemónico de la enfermería profesional individualice la asistencia al enfermo, poniendo énfasis en los aspectos bio-psico-sociales y espí-

rituales y visualizando el hombre como un todo, la realidad de la sociedad de clases contradice ese discurso.

En la producción intelectual, en la representación que los enfermeros hacen de su profesión establecen compromisos morales con el niño, la madre, la sociedad, buscando respetar y hacer respetar el derecho a la vida y a la preservación de la salud que todos indistintamente tienen. Sin embargo, en la práctica, es imposible mantener esos compromisos porque hay una diferencia entre la política institucional, en este caso la retórica de las Instituciones Médicas (programas, normas, publicaciones) y la práctica desarrollada por ellas. El discurso hegemónico institucional es, casi siempre, una reproducción del discurso socialmente hegemónico (4). Este niega la existencia de clases y, por lo tanto, la existencia de intereses divergentes, siendo que las representaciones e ideas de la clase dominante asumen el carácter de representaciones e ideas generales. El discurso presente en la enfermería profesional tiene también este cuño ideológico, pues los enfermeros reproducen el discurso político-ideológico dominante y, evidentemente, lo niegan en su práctica cotidiana.

CONCLUSIONES

El análisis de la producción-reproducción del saber en el área materno-infantil de la enfermería profesional brasileña, hecha a través de su discurso dominante, aprendido en las publicaciones de la **Revista Brasileira de Enfermagem**, entre 1975-1983, evidenció los siguientes aspectos:

- Los artículos, en general, no presentan una textura lógica, no estando explicitadas sus respectivas vinculaciones teórico-metodológicas.
- Predominan los estudios de carácter descriptivo (84,60%) donde por un lado, es usual la ausencia de explicaciones para los hechos estudiados y, por otro, cuando éstas existen (7,70% de los casos analizados) se caracterizan por ser ideológicas, en el sentido de presentar imágenes invertidas y fraccionadas de lo real (7) y de servir, involuntariamente, muchas veces, a la ideología dominante y, por lo tanto, a los intereses de la clase dominante.
- Los artículos omiten la importante cuestión de la existencia de diferentes formas históricas de articulación de la práctica social de la enfermería (como de toda práctica social) a la sociedad donde se hiciera.

Los resultados de esta investigación demuestran la importancia de los estudios de metodología científica (donde los principales métodos lógicos de interpretación deben ser discutidos) y proponen la utilización de la

perspectiva dialéctica. Tal perspectiva, que orienta este trabajo, busca aprender su objeto de estudio —en el caso, el saber predominante en la enfermería materno-infantil— como históricamente determinado y permeado por un complejo de contradicciones.

TABLA 1

**CLASIFICACION DE LOS ARTICULOS SOBRE ASISTENCIA DE ENFERMERIA
MATERNO-INFANTIL,
PUBLICADOS EN LA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**

CLASIFICACION	No.	%
Descriptivo	22	84,60
Analítico Ideológico	2	7,70
Analítico Crítico	—	—
Otros*	2	7,70
TOTAL	26	100,00

* En otros fueron incluidos artículos de exaltación a instituciones y personas.

TABLA 2

**ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LOS ARTICULISTAS DE LAS PUBLICACIONES
SOBRE ASISTENCIA DE ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL, DE LA REVISTA
BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — 1975 - 1983**

ACTIVIDAD PROFESIONAL	No.	%
Docente de enfermería y otros	15	57,70
Enfermero de Servicio*	7	26,90
Autoría mixta (docente de enfermería, enfermero de servicio y otros)	3	11,55
No identificado	1	3,85
TOTAL	26	100,00

* Por enfermero de Servicio designamos todos aquellos que no ejercían la docencia en Escuela de Enfermería.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA GENERAL

1. BREILH, Jaime & GRANDA, Edmundo: Investigación de la Salud en la sociedad. Quito, Ed. CEAS, 1982.
2. GERMANO, Raimundo Medeiros: Educação e ideología da Enfermagem no Brasil. 1955/1980. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Educação da Universidad Estadual de Campinas, 1983.
3. HOFFMAN, Helga: Desemprego e subemprego no Brasil. São Paulo, Atica, 1977.
4. LUZ, Madel Therezinha: Saúde e instituições médicas no Brasil In: GUIMARAES, Reinaldo - Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, 1978.
5. MARQUES, Mariília Bernardes: Contribuição ao estudo do movimento internacional de proteção à maternidade e à infância. Projeto PEPPE/221. Programa de estudos e pesquisas populacionais e epidemiológicas. FIOCRUZ/FINEP (mimeo).
6. MAX, Karl: Trabalho assalariado e capital. Trad. Olinto Beckman. 2a. ed. São Paulo, Global ed., 1983.
7. MARX, K. & ENGELS, F.: A ideología alemã. Trad. Conceição Jardim e Eduardo L. Nogueira. Lisboa, Ed. Presença, 1980.
8. MENDES, I.A.C. & TREVIZAN, M.A.: Acerca da utilização do método científico nas pesquisas de enfermagem. Rev. Bras. Enf. 36 (1): 13-19, 1983.
9. MINISTERIO DA SAUDE: Programa de Saúde Materno-Infantil - Coordenação de Proteção Materno-Infantil da Secretaria de Assistência Médica. Brasília, 1975.
10. OLIVERIRA, Maria Ribeiro: Enfermagem e estrutura social. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Anais do 31o. Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, 1975.
11. PUFFER, Ruth R. & SERRANO, Carlos V.: Investigación interamericana de mortalidade en la niñez. Washington, D.C. OPAS/OMS, 1973.
12. TAYLOR, Frederick Winslow: Principio de administração científica. São Paulo, Atlas, 1976.
13. TEIXEIRA, Carmen Fondes et alii: Para uma análise da conjuntura política em saúde em Debate, São Paulo, 9:4-10, 1980.

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA PARA ANALISIS

1. TRABAJOS ANALIZADOS

14. ARAUJO, O.M.M.: Consulta de enfermagem a gestante. Rev. Bras. Enf., 32 (3): 259-270, 1979.

15. AUGUSTO, M. et alii: Experiência de integração docente-assistencial na área de Pediatria Social desenvolvida em uma comunidade da periferia de São Paulo, abrangendo assistência, ensino e pesquisa. *Rev. Bras. Enf.*, 36 (1): 50-71, 1983.
16. CASAR, C.M. et alii: O sistema de alojamento conjunto para recém-nascido e mãe. *Rev. Bras. Enf.*, 34 (1): 48-54, 1975.
17. CASTRO, I.B. et alii: Estudo comparativo de recentes pesquisas com a vacina BCG por via intradérmica no Brasil. Análise da contribuição da enfermeira. *Rev. Bras. Enf.*, 28 (4): 30-51, 1975.
18. CONRADO, D.: Controle domiciliar do prematuro. *Rev. Bras. Enf.*, 30 (3): 227-36, 1977.
19. COSTA, J. & ALMEIDA, M.C.P.: Orientación sobre vacinação infantil no momento de sua aplicação. *Rev. Bras. Enf.*, 33 (4): 393-403, 1980.
20. COSTA, M.M.: Programas educativos em enfermagem prerinatológica. *Rev. Bras. Enf.*, 30 (3): 286-93, 1987.
21. DOURADO, H.G.: Recursos Humanos de enfermagem para a assistência a saúde: enfermagem materno-infantil. *Rev. Bras. Enf.*, 30 (2): 162-167, 1977.
22.: Aspectos de saúde da criança e enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 33 (1): 9-21, 1980.
23. DUARTE, N.M.N. & MUXFELDT, L.C.: O papel da enfermeira na assistência a gestante sadia. *Rev. Bras. Enf.*, 28 (4): 70-75, 1975.
24. FARIA, L.C. et alii: Importância do tratamento individualizado da criança internada. Ficha de admissão. *Rev. Bras. Enf.*, 28 (2): 7-10, 1975.
25. FREDDI, W.E.S. & SCHUBERT, M.Z.B.: Considerações gerais sobre o sistema de "Rooming" (alojamiento conjunto). *Rev. Bras. Enf.*, 30 (2): 136-144, 1977.
26. HIRATA, M.C.: Participação da enfermagem no programa materno-infantil de secretaria de saúde do Pará. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (1): 61-74, 1979.
27. JORGE, D.R.: A obstetrix no campo de ensino. *Rev. Bras. Enf.*, 28 (2): 71-76, 1975.
28. LOCATO, M.L. et alii: Saneamento nas escolas públicas. *Rev. Bras. Enf.*, 29, (2): 64-70, 1976.
29. NOGUEIRA, M.J.C.: Una experiência con consultas de enfermagem para crianças. *Rev. Bras. Enf.*, 30 (3): 294-306, 1977.
30. NUNES, D.M. et alii: Aspectos da atividade assistencial da enfermeira na unidade em internação pediátrica. *Rev. Bras. Enf.*, 36 (1): 29-37, 1983.

31. PAIM, R.C.N. et alii: A disciplina enfermagem materno-infantil num programa de assistência integrada "Ensino, pesquisa e extensão". *Rev. Bras. Enf.* 31 (4): 417-442, 1977.
32. PELA, N.T.R. & SANTOS, C.A.F.: Maternidade e mãe desamparada. *Rev. Bras. Enf.*, 31 (4): 517-524, 1978.
33. PERIOTTO, A.M. et alii: Amparo maternal como campo de estágio da Escola Paulista de Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* 28 (1): 84-86, 1975.
34. RAMOS, T.A.G. & MORAES, E: Papel da enfermeira junto -as mães de crianças hospitalizadas. *Rev. Bras. Enf.* 29 (2): 45-55, 1976.
35. ROCHA, D.N.: A enfermagem e a criança. *Rev. Bras. Enf.* 32 (5): 245-250, 1979.
36. SOBRAL, S.: Atuação da enfermeira em campanha de vacinação contra a paralisia infantil e o sarampo. *Rev. Bras. Enf.* 31 (4): 449-465, 1978.
37. TAVARES, C.M.A.: Planejamento para participação de alunos no último período do ciclo profissional de enfermagem na identificação e treinamento de parteras leigas de uma comunidade. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (1): 89-120, 1979.
38. TROGER, A.L.M.: A saúde da gestante. *Rev. Bras. Enf.* 32 (3): 255-258, 1979.
39. TYRRELL, M.A.P.: Bases operacionais necessárias à assistência de enfermagem ao recém-nascido normal. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (2): 148-159, 1979.

2. TRABAJOS DE CUÑO BIOLOGICO U TECNICO

40. ANGARTEN, M.G.: A comunicação do lactente. *Rev. Bras. Enf.*, 33 (2): 190-193, 1979.
41. CANO, M.A.T. & VINHA, V.H.P.: Estudo da prevalência de estafilococo e incidência de granuloma umbilical em recém-nascidos. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (3): 338-345, 1979.
42. DOMINGUEZ, E.F. & CARVALHO, A.L.V.: Aspectos Preventivos da assistência de enfermagem à gestante portadora de sangue Rh negativo. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (3): 303-315, 1979.
43. FERNANDEZ, C.A.F.: Aspectos emocionais da criança. *Rev. Bras. Enf.* 32 (3): 251-254, 1979.
44. FERRIARI, M.G.C. et alii: Utilização de um leite em pó acidificado num programa de suplementação alimentar a criança de 0-2 anos de idade. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (3): 216-230, 1979.
45. FREDDI, W.E.S.: Influência dos exercícios respiratórios e do estado civil no comportamento da parturiente. *Rev. Bras. Enf.*, 28 (1): 7-19, 1976.

46. MAMEDE, M.V. et alii: Eficiência do uso de agentes desengordurantes na tomada de impressões plantares de recém-nascidos. *Rev. Bras. Enf.*, 31 (4): 508-516, 1979.
47. _____: Importância da amamentação no relacionamento saudável mãe e filho. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (3): 299-302, 1979.
48. PELA, N.T.R.: Análise crítica de impressões plantares de recém-nascidos. *Rev. Bras. Enf.*, 29 (4): 100-105, 1976.
49. PIERIN, A.M.G. et alii: Assistência de Enfermagem às crianças submetidas á nutrição parenteral prolongada. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (3): 346-352, 1979.
50. ROSA, M.S.O. et alii: Como proteger a criança de 0-24 meses contra infecção. *Rev. Bras. Enf.*, 32 (3): 271-295, 1979.
51. SANTOS, M.L.C.: Estudo da candidíase do recém-nascido. *Rev. Bras. Enf.*, 31 (2): 202-214, 1978.
52. SCHIMIDT, M.J. & FREDDI, W.E.S.: Preparo da gestante para o parto. Aulas teórico-práticas. *Rev. Bras. Enf.*, 28 (1): 15-25, 1975.
53. SCHUBERT, M.Z.B. & FREDDI, W.E.S.: Escoamento do sangue funicular como método auxiliar do deslocamento da placenta. *Rev. Bras. Enf.*, 29 (2): 24-29, 1976.
54. SILVA, L.G.M.: Centralização do serviço de Pediatria em hospital. *Rev. Bras. Enf.*, 33 (3): 365-368, 1979.
55. SIMOES, A.M. et alii: Aceitação de gestal por gestantes no Centro de Saúde I de Bauru. *Rev. Bras. Enf.*, 33 (2): 201-207, 1979.