

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

UM PROCESSO PARTICIPATIVO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
FUNDAMENTADO EM KING:
EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ENSINO UNIVERSITÁRIO

por

Elisabete Costa de Vecchietti

Florianópolis

NOVEMBRO, 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM

Dissertação

elaborada por Elisabete Costa de Vecchietti
foi pelos membros da Banca
Examinadora, aceita pelo colegiado do Curso
de Mestrado em Ciências da Enfermagem como
requisito à obtenção do Título de

MESTRE EM

Florianópolis, de de 1991.

Banca Examinadora:

Presidente

Dra. Lygia Paim Müller Dias

.....

Dra. Ingrid Elsen

.....

Dra. Eloita N. Arruda

.....

Dra. Mercedes Trentini (suplente)

"Aquele que conhece a Essência, transcende a causalidade e alcança a liberdade harmônica da Vida, porque ela é originariamente sem distorções."

- Masaharu Taniguchi -

R E C O N H E C I M E N T O

MINHA GRATIDÃO,

aos meus pais e irmãos que me deram a seiva
vital para crescer,

aos meus filhos pelo conformismo de meu
afastamento,

as colegas de Disciplina Enfermagem de Saú-
de Comunitária I que atenderam o
que seriam minhas funções docen-
tes,

a chefia e a Secretária do DAOP da Escola
de Enfermagem/POA pelo valioso
apoio à distância,

a Pró-Reitoria de Pesquisas e Pos-Graduação
da UFRGS/PICD/CAPES/MEC pelo pa-
trrocínio financeiro,

ao Prof. Sílvio Possoli, Mestre em Bioesta-
tística pela dedicada e inestimá-
vel contribuição no tratamento
dos dados,

as Enfermeiras Carmem L. B. Marques e Maria
Isabel P. Camargo pela valiosa a-
juda na compilação manual dos
dados.

a todos os Servidores do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina que acreditaram em nossa proposta e, muito especialmente aos Professores Lumar V. Bertoli, Nelcy T. C. Mendes, Ana Palma de S. Camargo, Alacoque L. Erdmann, Antonio M. Wosny, Vera Blank, Wilson K. de Paula, Diva Fiorini, Miriam Borenstein, Vera Radünz e tantos outros pela sua cordialidade e fé no trabalho desenvolvido.

as Sras. Rosimere G. Meurer e Oneida I. de Quadros pelos seus dom de gente e pelos excelentes trabalhos datilográficos,

a Dra. Ingrid Elsen, como coordenadora do Curso e a Dra. Mercedes Trentini, orientadora acadêmica como incentivadoras do aperfeiçoamento científico da Enfermagem.

a Dra. Eloita N. Arruda pela disponibilidade humana do assistir aos alunos, e

a Dra. Lygia Paim Müller Diaz pelos incansáveis momentos de orientação eficaz e pela grandeza de seus gestos.

A Todos, muito
obrigada.

Elisabete C. de Vecchietti

- Índice Geral -

VOLUMES I e II

Volume I DISSERTAÇÃO:

- "A assistência de Enfermagem à Saúde/Doença dos servidores de um Centro de Ensino Universitário - área SAÚDE. Processo Participativo com a Comunidade-cliente". -
Elaborada por Elisabete Costa de Vecchietti
enfermeira - mestranda
Orientada por Dra. Lygia Paim Müller Diaz
- Florianópolis, 1991 -

APÊNDICE - VOLUME II

Volume II RELATÓRIO FINAL-EXCERTOS sobre:

- . Prática Assistencial de Enfermagem à Saúde/Doença dos Servidores de um Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde num processo participativo com a comunidade-cliente
Elaborado por: Elisabete Costa de Vecchietti
- enfermeira - mestranda -
Florianópolis, setembro de 1989. -
- . Indicadores. "Avaliação da saúde e doença da Comunidade-cliente".

SUMÁRIO DA DISSERTAÇÃO

VOLUME I

APRESENTAÇÃO

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

MENSAGEM

RECONHECIMENTO

ÍNDICE GERAL DE VOLUMES

SUMÁRIO DA DISSERTAÇÃO - VOL. I

LISTA DE REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS	VII
RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
CAPÍTULO I	
Introdução	01
CAPÍTULO II	
Objetivos da dissertação	07
CAPÍTULO III	
Revisão de Literatura	08
1. Generalidades	08
2. Visão teórica de Imogene King	11
3. Visão Sociológica dos Sistemas Sociais	16

4. Ambiente social na comunidade	19
5. Influência recíproca entre ambiente social e o físico-geográfico-biológico	22

CAPÍTULO IV

Marco Teórico:

1. de Imogene King:	24
descrição dos sistemas sociais	28
pressuposições de Imogene King	32
2. da Prática Assistencial de Enfermagem Comunitária..	37
pressuposições da Enfermeira	38
3. Conceitos de Imogene King e Definições Opera- cionais adaptados ao processo de assistência de enfermagem comunitária	41

CAPÍTULO V

Processo de Enfermagem	63
1. Metodologia	65
2. Desenvolvimento das Etapas do Processo de Enfer- magem	69

CAPÍTULO VI

Análise da aplicação do Marco Conceitual	79
1. O mecanismo de ação dos conceitos na prática assistencial de enfermagem comunitária	79
2. Análise da aplicação conceitual	89

CAPÍTULO VII

Discussão dos Resultados	109
--------------------------------	-----

CAPÍTULO VIII

Conclusões e Recomendações	168
----------------------------------	-----

CAPÍTULO IX

Referências bibliográficas	174
----------------------------------	-----

ÍNDICE DOS APÊNDICES VOLUME II

LISTA DE REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

- Figura 1 Mecanismos de ação dos conceitos de Imogene King na Prática Assistencial de Enfermagem p. 81
- Figura 2 Processo de Enfermagem - Operacionalização dos Conceitos do Marco teórico p. 88
- Figura 3 Fluxo da dinâmica do processo de enfermagem no Centro Universitário - Área da saúde p. 70

ABSTRACT

A descriptive study is presented, in this dissertation, of the analysis of results offered by the practice of a community nursing Assistance Process. A participative methodology is carried out between the nurse and the community-client, based on Imogene King's theoretical framework and process. It seeks not only to identify and understand those environmental physical, socioeconomic, political, cultural and organizational factors, which condition health and disease of faculty and non-faculty staff at a University Teaching Center - health sciences, but also to identify in them the mechanisms which inhibit or facilitate the community action of these Social Systems. It is hereby proposed, through an analysis of such factors, to evaluate the contribution offered by the present study in fundamenting the participative interactive process of community nursing assistance, as well as its implications regarding teaching and professional performance in this specific area. Farther it received the interference of the usual Unmotivation ambient in this attendance process, according to the Center people belief. It supposed that this phenomenon to make difficult the best collective participation. This was a social symptom of health or disease, that the other side will be analised better in the near future. Thus, in this circunstance, this multiples causes and factors are studied together the aspects human, environmental and politic strutral. Through of this

information it arrives to the necessity to reveal news realities about the endeavour in the teaching, the investigation and the attendance practice process. The 6 (six) following stages were applied, according to the adaptation to Imogene King's Process :

- 1- Preliminary, or of sensitization;
- 2- Data base survey;
- 3- Treatment, analysis, and interpretation of the data base;
- 4- An interchange of perceptions on the analysis of the surveyed data, for diagnostic purposes;
- 5- Client evaluation;
- and 6- Analysis of results such as obtained at the final report.

The conclusion has been reached that the health-disease phenomena and the social behavior exhibited by the clients are directly coupled to the cultural and historical roots of those persons involved, to the individual and group philosophies on health-disease, as well as to the socio-political economic structures of their worlds. Such phenomena are also linked to the daily work actions which mobilize interests, concepts, and practices in the social role played by each professional and human being. In such context, it is the author's understanding the role a nurse plays within a socio-political participative process with her client challenges the traditional professional education. The author sees the present work as representing one more contribution to raise debates on the systematics of a nurse's action, awakening an interest on new pathways into professional teaching and performance as it regards knowledge and skills such a role demands.

RESUMO

Esta dissertação apresenta o estudo descritivo decorrente da análise dos resultados da prática do Processo de Assistência de enfermagem comunitária, numa metodologia participativa entre enfermeira e comunidade-cliente, a luz do marco teórico e processo de Imogene King. Procura identificar e compreender, não tão somente os fatores físicos ambientais, sócio-econômicos, políticos, culturais e organizacionais que condicionam a saúde e a doença dos servidores docentes e não docentes de um Centro de Ensino Universitário - área saúde, mas também reconhecer neles os mecanismos inibidores-facilitadores da ação comunitária desses Sistemas Sociais. Propõe-se em consequência, através deles, avaliar a contribuição desse estudo para fundamentar o processo interacional participativo de assistência de enfermagem comunitária e as implicações decorrentes, para o ensino e desempenho profissional na área específica. Aplicou-se, seis (6) etapas seguintes, de acordo a adaptação ao Processo de Imogene King: 1ª Preliminar, ou de sensibilização; 2ª Levantamento de dados básicos; 3ª Tratamento, análise e interpretação dos Dados Básicos; 4ª Intercâmbio de Percepções sobre a análise dos Dados levantados para Diagnóstico; 5ª Avaliação do cliente e 6ª Análise dos resultados obtidos do Relatório final. Conseguiu-se identificar e compreender alguns fenômenos que envolvem saúde e doença e o comportamento social dos clientes. Estes estão diretamente condicionados às raízes culturais e históricas da vida das pessoas envolvidas, às

filosofias individuais e grupais sobre saúde-doença e às estruturas sociais-político-econômicas dos seus mundos, bem como das ações do cotidiano no trabalho que mobilizam os interesses, os conceitos e a prática do papel social de cada ser humano e profissional. Além do que, percebeu-se nesse processo de assistência, a interferência da "desmotivação" habitual no ambiente, e que esta já era do domínio da opinião de alguns servidores. Pensa-se que esse fenômeno dificultou a participação do maior coletivo e tenha sido um sintoma social da saúde e doença que deverá ser analisado em profundidade. Assim, em decorrência deste estudo de fatores múltiplos causais, tanto de ordem humana como ambiental, político-estrutural no saúde e doença, chega-se a conclusão de que o mesmo deve despertar interesse para dar sua continuidade na própria comunidade-cliente, visto a necessidade de desvendar novas realidades do Centro de Ensino Universitário, tanto no ensino, como pesquisa e prática assistencial.

Acredita-se que este trabalho seja o começo de um longo trajeto futuro para identificar, compreender e intervir nos fenômenos humano-biológico, social, educacional, cultural e político que determinam a saúde e doença das populações. Foi portanto uma tentativa de esboçar um papel novo para a enfermeira, condicionado por uma formação profissional coerente com seu compromisso social na auto-transformação pessoal e dos grupos com quem vive e trabalha. Sendo assim, entende-se que o papel da enfermeira num processo participativo sóciopolítico com o cliente, põe em cheque a formação profissional tradicional. Julga-se que este trabalho portanto, poderá ser mais uma contribuição para levantar discussões sobre a sistemática da ação da enfermeira e despertar interesse sobre novos caminhos no ensino e desempenho profissional quanto aos conhecimentos e habilidades exigidos para esse papel.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

As condições técnico-organizacionais e programáticas dos serviços oficiais da região sul do país, não representam na prática as propostas do Sistema Único e da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Desta forma, nesta área se vê desfavorecido o exercício profissional na área da saúde com prejuízo para a população beneficiária. Em consequência, o ensino de Enfermagem em Saúde Comunitária não estabelece uma relação direta entre os aspectos teóricos da Atenção Primária em Saúde e as oportunidades de aprendizagem na realidade concreta. Sendo assim, o que se tem constatado são as impossibilidades categóricas de mobilizar novos conceitos e estratégias para o enriquecimento do papel social do Enfermeiro. A maioria das vezes, as súmulas e os planos de ensino na área da promoção da saúde e humana, bem como na prevenção e controle da doença numa ação comunitária participativa são incongruentes com o desempenho atual do enfermeiro e de outros profissionais do setor. Provavelmente, seja esta uma das principais razões que justifique o fato das experiências mais comuns de aprendizagem na área da "saúde", estejam mais atreladas às situações de atender a indivíduos doentes, em hospitais, escolas, creches, quartéis, fábricas,

comércios e famílias do que àquelas que seriam desenvolvidas sob conceitos e técnicas do processo participativo para a auto-determinação em saúde-doença da população supostamente sadia e da comprovadamente doente. Outrossim, existem outras justificativas para essa condição iterativa de prática profissional e ensino de Enfermagem. No espaço de várias décadas, o processo reprodutivo dos condicionantes culturais, sociais, políticos e econômicos influenciaram nos pressupostos pessoais, familiares e do grupo social de onde emergem os enfermeiros, somados as características do ensino desenvolvido no próprio âmbito universitário e no mercado de trabalho do sistema saúde, onde novamente se reproduzem aqueles padrões na assistência. Estes determinantes parecem ser os principais, para explicarem o comportamento ingênuo, conformista e alienado de um grupo significativo de professores universitários e de profissionais. Esperou-se então, através desta análise compreender alguns comportamentos individuais e coletivos observados, geradores ou não, de mobilização social no sistema específico. Entendeu-se que este grupo em particular, poderia vir a ser uma réplica exemplar das vivências entre ensino de sala-de-aula e a prática, com uma circunstância favorável, visto o grupo docente e não docente pertencer a área formativa profissional em saúde, detentor do conhecimento, da habilidade específica e de alta capacidade crítica sobre o particular, além de ser facilitador para compreensão da proposta de assistência, num processo participativo. Considerou-se ainda na escolha desse campo, o interesse manifestado, em iniciativas anteriores a este estudo, pelos representantes formais da Direção, em favorecerem a aplicação do projeto exposto, visto os mesmos estarem interessados em a-

poiar as iniciativas de melhoria da qualidade de vida do servidor, e ao mesmo tempo fazerem parte ativa da comunidade-cliente. Com estas premissas iniciais, a enfermeira procurou então, a partir de uma experiência acadêmica formal a nível de mestrado, realizar uma proposta de Assistência de Enfermagem cujos resultados lançassem novas luzes na compreensão teórica dos fenômenos contraditórios entre a proposta oficial do Sistema Único em Saúde e a prática concreta - mencionados anteriormente e desenvolver conhecimento e habilidades no desempenho da enfermeira frente a dinâmica desse grupo social e no processo interativo comunitário. Processaram-se assim, várias etapas na proposta de assistência de Enfermagem, fugindo esta, quase sempre dos padrões mais conhecidos do modelo tradicional diretivo do assistir a doentes em ambulatórios e hospitais. A enfermeira desempenhou mais e, quase sempre, um papel interacional que exigiu habilidade política no trato social dos indivíduos e grupos, cujos requisitos teóricos foram permanentemente inspirados no marco conceitual de Imogene King e de outros autores que o complementam, tais como Freire (1978), Brandão (1982), Thiollent (1986), San Martin (1968), Breilh e Granda (1989), Marx (1983), Parson (1982), Herzlich (1986), Scherer-Warren (1987), Gramsci (1978), entre outros. Entendeu-se que a cada relacionamento com o cliente, estabelecia-se um intercâmbio de percepções, ações e reações, baseadas na concordância-discordância, e uma necessidade de interpretar o significado da conduta do cliente e da enfermeira, avaliar a situação instalada e tomar decisões, para dar prosseguimento ao Processo. Com maior consciência de si mesmo e da situação a Enfermeira busca a palavra, o conceito e a atitude certos para manter a interação e alcançar a transação mútua. Desta forma, criou-se o espaço social de interação, frente as alternâncias do papel político de ambos, enfermeira e cliente.

A importância fundamental desse Processo, foi a de tentar criar expectativas no aprofundamento da consciência em termos da própria saúde/doença dos servidores docentes ou não, estimulando assim, as aspirações individuais quanto ao tipo de assistência almejada para si e, desenvolver o potencial de força interior para trabalhar em prol das conquistas coletivas e do ensino em saúde e doença. Conseqüentemente, muitas controvérsias e contradições surgiriam nesse caminho de reflexão-ação, ultrapassando os limites grupais de cada Departamento do Centro de Ensino, até que se encontrasse o consenso razoável, próprio de uma população heterogênea. Esperava-se que desta maneira então, as discussões fossem sendo ampliadas de tal forma, que os benefícios seriam irrestritos, tanto na área de ensino da saúde como na da doença, como na própria institucionalização da assistência aos servidores, dentro dos referenciais teóricos e práticos, resultantes da metodologia participativa equacionadora entre o saber acadêmico dos docentes e o saber popular dos servidores não docentes da comunidade-cliente. Esse processo de discussões permeando pela aplicação de conceitos e definições de padrões de assistência e perfis profissionais levantaria, muito provavelmente, a expectativa para uma - opção - filosófica diferente da que vem sendo aplicada, no ensino e prática de saúde nesse Centro de Estudo universitário. A discussão partiu da apresentação do conjunto dos resultados epidemiológicos estatísticos sobre os servidores e seu ambiente de trabalho. Utilizou-se este método como uma estratégia de aproximação num diálogo cujo idioma fosse comum ao cliente e a enfermeira. Entretanto, esse não era o objetivo final do Processo.

Desejava-se ampliar as percepções teóricas e desenvol-

ver habilidades para o trabalho participativo, através dos conceitos de Imogene King selecionados para o Marco Teórico deste trabalho e de outros autores que tratam sobre os mecanismos sociais dos diferentes sistemas. De certa forma, teve-se curiosidade de identificar e compreender os fenômenos sociais que se comportam como determinantes do processo saúde-doença, o que não se alcançou na totalidade. Almejava-se alcançar as metas de dar a enfermagem e a outras áreas de ensino e prática da SAÚDE/DOENÇA a oportunidade de revisar seus padrões de assistência, os conhecimentos e as habilidades requeridos. À enfermeira-mestranda, propiciou uma ocasião inédita para o desempenho de um papel inovador, catalítico de ações convergentes, mediante metas recíprocas estabelecidas com o cliente, a luz de compromissos contratuais, em direção a auto-suficiência progressiva da comunidade-cliente.

Em consequência, os conhecimentos e habilidades exigidos da Enfermeira, preocupação muito especial de King, foram desenvolvidos através das seis etapas do Processo Participativo de Enfermagem com a comunidade-cliente, motivo deste estudo. Constituíram então, a base para subsidiar esta dissertação, como a análise e discussão dos resultados daquela experiência, registrados no respectivo RELATÓRIO FINAL - EXCERTOS, anexo a este trabalho como Volume II, significando este, tão somente a fonte dos dados referidos na presente dissertação.

É portanto assim que surge para a enfermeira o desafio de lidar com as implicações de uma prática dessa natureza, re

vestindo-se em mais uma abertura à aprendizagem de alguns conhecimentos e habilidades no trato dos direitos participativos do cliente de enfermagem e dos movimentos constantes de um grupo social na busca de sua autonomia.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

Analisar os resultados obtidos na assistência de enfermagem à saúde e doença dos servidores de um Centro de Ensino Universitário - área da saúde, à luz dos conceitos do Marco Teórico de Imogene King, a fim de identificar os fatores, os mecanismos e valores que regem, facilitando ou inibindo, a interação da enfermeira e comunidade-cliente nesse processo participativo comunitário de Assistência de Enfermagem.

Avaliar a contribuição do marco teórico no processamento da prática de enfermagem em assistência comunitária e, suas implicações no ensino e no cotidiano da enfermeira.

CAPÍTULO III

REVISÃO DA LITERATURA

1. Generalidades

O estudo exploratório de livros e de trabalhos publicados sobre o tema central ampliou a compreensão do Processo Participativo de Assistência de Enfermagem à Saúde e Doença numa comunidade de servidores de um Centro de Ensino Universitário - área da saúde. Foi através desta análise que surgiram novas estratégias e linhas de pensamento para enriquecer as percepções da enfermeira, ajudando-a a compreender os diferentes aspectos tratados e os resultados obtidos.

A maioria dos trabalhos encontrados estão relacionados aos aspectos biológicos, num processo assistencial curativo monocausal, sem relacionar o homem com outro homem e seu ambiente social, como fator de doença.

Apesar disto, este estudo ampliou informações sobre outras matérias envolvidas, em particular na área das Ciências Sociais, das Teorias da Enfermagem, das Pesquisas Clínicas na área biológica, da Medicina Social e Comunitária. Lamentou-se

entretanto, não haver muita disponibilidade de trabalhos publicados na área de Enfermagem Comunitária num enfoque participativo.

Pretende-se então, explorar a presente bibliografia, a partir dos conceitos que envolvem o próprio título do Projeto, pois este revela toda uma intencionalidade no seu desenvolvimento.

Segundo Freire apud Torres (1981) o Brasil vive um momento histórico de transição, caracterizado, em parte, pela crise de valores e idéias tradicionais e por outra parte, pela geração de novas tendências sócio-econômico-políticas dentro e fora do país. O povo brasileiro, no entendimento da enfermeira, de sociedade objeto, da passiva e fatalista passa a ter agora, opções de luta, de idéias novas, aspirações de liberdade e de participação.

O despertar da consciência popular e seu acesso ao tempo histórico faz com que as massas passem de objetos passivos a sujeitos criadores de seu futuro.

Assim como Freire entende que seu objetivo é trazer uma resposta pedagógica aos problemas existentes na sociedade brasileira, assim se assume também na Enfermagem o papel de criar estímulos necessários para o ato do conhecimento da comunidade, através do diálogo, da participação livre e consciente, em um esforço comum com o cliente para a assistência dos problemas que interferem na qualidade de sua vida e de sua saúde e doença.

Desta forma, a enfermeira, coerente com a filosofia par

ticipativa, transforma sua assistência num processo educativo permanente, onde o diálogo é a essência da ação comum de cliente-enfermeira na compreensão e reflexão sobre a realidade vivida e os problemas concretos do grupo social-alvo.

Ezpeleta & Rockwell (1986) referem entretanto, que o processo participativo caracteriza-se como um processo social. No caso particular da enfermagem comunitária é um processo que analisa, interfere e ajuda a transformar situações locais e setoriais, num movimento social onde ela também é agente e objeto das mudanças, onde a proposta é fazer um entrelaçamento dos processos sociais pequenos com os que fazem a história do país, sucedendo-se através de uma articulação política. Entende-se entretanto, que os múltiplos e heterogêneos processos que alimentam os maiores processos, configuram facetas concretas da sociedade. Assim os sujeitos desses pequenos processos tornam-se protagonistas, através das relações que estabeleceram nesses em busca de análise e transformação de suas realidades.

Assim entendido, partiu-se para uma busca bibliográfica cujos conteúdos contribuíssem para a explicitação teórica das relações sociais como a essência do processo participativo em Enfermagem. Entre outras teorias que tratam da interação humana ambiental em diversos Sistemas Sociais, optou-se pela de Imogene King.

2. Visão Teórica de Imogene King

A teoria de Imogene King (1981) trabalha com sistemas sociais cujos objetivos e métodos são comuns, entre dois ou mais indivíduos, para alcançarem a meta mútua, ainda que a autora não explicita os ideais sociais individuais e coletivos de libertação ou de autonomia, em busca de uma transformação do homem em si, de outros homens e da natureza, num processo de fazer os homens e seu mundo, onde eles pensam o que fazem e sabem o que pensam, num processo participativo.

Para King (1981) os sistemas sociais estão formados por grupos que se reúnem, em razão das relações sociais para atender objetivos comuns por meio de valores, compartilhando certas regras e práticas. Algumas características estruturais e funcionais são encontradas em todos os sistemas sociais, de tal forma que os comportamentos específicos, os diferentes status, idades, graus de autoridade e sistema de valor são similares em todos eles. A autora, diz que as relações interpessoais são as interações de dois ou mais indivíduos num momento existencial para atenderem um dado objetivo. "No quadro dos cuidados de Enfermagem, estas relações são vistas como uma intimidade funcional entre duas ou mais pessoas que geralmente não se conhecem e que contribuem para atender seus objetivos, suas expectativas e valores. Esta relação implica uma noção de ação" (in: King apud Poletti, (1978).

King (1981, p.11) considera ainda "as forças que influenciam os cuidados de enfermagem estão enraizada na sociedade. Elas

estão em movimento constante e influenciam o comportamento social , as interações, a percepção e a saúde. O medo, a esperança, a ansiedade, a solidão e a dor estão entre os fenômenos aos quais as enfermeiras devem fazer face às relações interpessoais com um paciente". "... No trabalho diário com pessoas de grupos sócio-econômicos e culturais diversos, as enfermeiras observam as mudanças comportamentais e seus efeitos sobre elas mesmas e sobre seus clientes, parte daí então a necessidade de conhecer os sistemas sociais". King (1981, p. 115). A conduta é o resultado das experiências da aprendizagem nos sistemas sociais nos quais os indivíduos crescem e desenvolvem suas habilidades para enfrentarem mudanças. Os diferentes sistemas sociais são abertos e interagem em uma estrutura dinâmica organizacional, formando os sistemas pessoais; os sistemas interpessoais e os sociais , propriamente ditos.

"Os sistemas pessoais correspondem aos indivíduos. Isto significa que a enfermeira, como pessoa, é um sistema total tanto quanto o cliente, que é outro sistema social e também total" King (1981,p. 22). Os indivíduos formam grupos e esta formação de grupos cria outro tipo de experiência humana dentro dos sistemas interpessoais.

Existem alguns tipos de sistemas que segundo o número

de indivíduos, chama-se "díades" quando interagem duas pessoas e "triáde", três. Grupos pequenos ou grandes chamam-se sistemas interpessoais. Estes grupos com interesses e metas comuns criam outro tipo de experiência humana dentro de uma comunidade ou sociedade e se chamam "sistema social" King (1984).

Muitos autores abordam o cuidado das pessoas doentes e com incapacidade. Entretanto, Imogene King (1981) oferece excelente contribuição quando sugere a inclusão de conceitos sobre sistemas sociais, por entender os seres humanos como indivíduos, doentes ou não, que interatuam com outros, dentro de uma grande variedade de ambientes, os quais influem nas percepções, papéis, experiências passadas e nas situações concretas de nosso estudo. A autora acrescenta que o mundo da experiência é um mundo no qual os seres humanos processam ativamente informação sobre o meio ambiente. Esta, organizada através das impressões selecionadas pelos órgãos dos sentidos, ajudam as pessoas a dar sentido e estabilidade ao seu mundo. É assim que o indivíduo percebe a si mesmo, e outras pessoas e aprendem a reconhecer os objetos de seu meio ambiente. Para King (1981) no sistema pessoal, os indivíduos, como seres sociais raciocinam e são conscientes, agem e reagem como sistemas abertos através da: percepção, da consciência do "eu"(self), do crescimento e desenvolvimento, da imagem corporal, do tempo e do espaço.

O sistema interpessoal, segundo a mesma autora é constituído por seres humanos e objetos que interatuam no ambiente. A medida que aumenta o número de indivíduos a complexidade das interações também aumenta. Para interpretar a

dinâmica deste sistema, King (1981, p. 144) explora os seguintes conceitos: interação, comunicação, transação, papel e estresse . Nesse sistema a ação é "a seqüência (divisão didática) de condutas de pessoas que interatuam, através: 1º) da atividade mental para: reconhecer as condições apresentadas; 2º) da atividade física para iniciar a operacionalização das ações relacionadas com a situação apresentada; 3º) da atividade mental para exercer algum controle sobre os acontecimentos; 4º) da atividade física para atingir os objetivos."

As transações decorrentes destas ações são as manifestações concretas da participação ativa dos seres humanos (enfermeira e cliente) nos eventos do alcance de meta que traz como consequência mudança nos indivíduos. Em continuação, para a mesma autora um sistema social é organizado dentro de limites, papéis sociais, condutas e práticas para manter valores e mecanismos de ação. King (1981). Por tal motivo, os conceitos de organização, poder, autoridade, status e tomada de decisões são segundo a autora os mais importantes na enfermagem.

O marco conceitual de King prevê três conjuntos de conceitos agrupados, segundo a conveniência de entendimento dos mecanismos e valores que regem os diferentes tipos de ação e reação entre enfermeira e cliente. Estes, estão centralizados no campo da Enfermagem para prover uma base de desenvolvimento de uma teoria de alcance de me-

tas através da interação da enfermeira e o sistema - cliente envolvido, seja ele pessoal, interpessoal ou social maior.

A pressuposição inicial da autora é que as enfermeiras são seres humanos e como tal interagem com outros seres humanos e, ambos interagem com o ambiente, como sistemas abertos. A enfermeira, o cliente e qualquer outra pessoa de "per se" constituem um sistema social aberto, chamado pessoal ou interpessoal por agirem e reagirem consigo mesmo e com o meio ambiente. Cada sistema pessoal interage com o outro sistema social pessoal e com o ambiente que o cercam, formando o sistema interpessoal. Este está representado por duas ou mais pessoas que constituem a família, o grupo de trabalho, do clube, da escola, da igreja, do comércio, da indústria e das instituições em geral. Os diferentes e numerosos sistemas pessoais e interpessoais reunidos, em determinado espaço compõem a sociedade, como sistema social maior. As relações entre estes sistemas permitem o desenvolvimento de vários conceitos, cuja organização forma o marco conceitual.

A teoria aborda as questões centrais da interação entre enfermeiras e clientes e a natureza deste processo de interação alcança significados mútuos e o alcance de metas comuns. A autora fala ainda da importância do envolvimento do cliente no processo de assistência, bem como no da tomada de decisão e no encontro humano de paciente e enfermeira para o intercâmbio de percepções, necessidades, valores e metas. Sendo assim, este marco conceitual aplica-se tão somente em situação de enfermagem, onde ambos, enfermeira e

paciente estejam conscientes de seus papéis.

A autora oferece uma série de conceitos interrelacionados. Entre esses conceitos ela inclui o ser humano, o ambiente, a saúde e a sociedade, enquanto que indica como principais, os conceitos de sistemas pessoal, interpessoal e social. Apresenta também a interação, a percepção, a comunicação, a transação, o papel, o estresse, o crescimento e desenvolvimento, o tempo e o espaço para representarem a teoria de alcance de metas. A teorista esclarece a relação entre estes últimos conceitos e o sistema pessoal, e o interpessoal, muito embora não consiga fazer o mesmo entre estes e os conceitos de ser humano, de ambiente, de saúde e de sociedade. Também está claro como a teoria do alcance de metas envolve esta variedade de conceitos. Estes, na sua maioria, são derivados de outros, de outras ciências, em particular das Ciências Sociais a partir de questionamentos relacionados aos cuidados de Enfermagem, como por exemplo:

Quais são as decisões que uma enfermeira deve chamar a si, considerando seu papel e suas responsabilidades? e sobre quais informações essenciais prendem-se estas decisões?

3. Visão Sociológica dos Sistemas Sociais

Mac Iver & Page apud Fernandes (1973, p.5) dizem que os níveis de organização da vida social, dependem dos seres sociais -

os homens - que expressam sua natureza criando ou recriando uma organização que guia e controla seu comportamento de inúmeras maneiras. Essa organização - a sociedade - liberta e limita as atividades dos homens; estabelece padrões que eles devem seguir e manter ...” Esse sistema complexo, que está sempre sofrendo modificações, chamamos sociedade. É a teia de relações sociais e está sempre mudando. É o mundo mais amplo, Fernandes (1973). Embora haja, contradições filosóficas entre os autores citados, de certa maneira há uma linha de coerência quanto ao entendimento deste assunto em particular, mesmo que as fundamentações e mecanismos sejam elaborados por caminhos diferentes.

Segundo Weber (1944, 40) “sociedade, de um modo típico pode basear-se especialmente (mas não unicamente) em um acordo ou pacto racional, por manifestação recíproca” ... enquanto que “comunidade é a relação social que atua inspirada no sentimento subjetivo (afetivo ou tradicional) dos partícipes na constituição de um todo! Entende-se, portanto que a comunidade somente existe propriamente quando sobre a base da ação e de suas conseqüências na situação comum está o “sentimento”. Fernandes(1973 p.15) diz que “as relações sociais são tão variadas quanto mais complexa for a sociedade.” A generalidade do conceito “social” revela-se quando notamos a infinidade de termos que empregamos para designar os variados tipos de relações sociais entre os homens, como econômicas, políticas, pessoais, amigáveis, impessoais, antagônicas entre outras, para fundamentar o reconhecimento mútuo.

Fernandes (1973) ainda cita, que há três conceitos bási-

cos em torno dos quais têm girado muitos debates teóricos na sociologia: grupos sociais, comunidade e sociedade. Com o emprego indiscriminado desses termos provoca-se confusão e se faz necessário enunciar explicitamente o significado que atribuímos às palavras que empregamos. Segue o mesmo autor, "pode-se conceber" a expressão "grupo social" como a mais ampla, a mais descolorida e a de sentido mais geral das três, e referente a qualquer agregação ou associação de homens que, de certo modo, possamos considerar serem da mesma classe e com unidade própria". ... "Todo grupo social encontra-se preso a laços territoriais, físicos e ecológicos bem como sócio-psicológicos". ... "A expressão "grupo social" é a expressão genérica, ao passo que "comunidade" e "sociedade" são termos subordinados, que têm relações correlativas e recíprocas entre si. Uma base territorial, distribuição de homens, instituições e atividades, no espaço, uma vida em conjunto fundada no parentesco e interdependência econômica, e uma vida econômica baseada em mútua correspondência de interesse, tendem a caracterizar uma comunidade. Sociedade, por outro lado, passou a referir-se mais as relações voluntárias e contratuais entre os homens, as quais - presume-se - dada sua distribuição no espaço ... Wirth, apud Fernandes (1973p.82) diz

mais, que "cresce entre os estudiosos do comportamento coletivo a noção de que a comunidade moderna, que se distingue de seu protótipo antigo, apoia-se num diferente princípio de coesão de seus elementos constituintes, que pode ser enunciado no contraste entre parentesco e território, entre sentimentos, e interesses, entre status e contrato e entre costumes e leis. O fato notável acerca da vida, na comunidade, ho-

je em dia, é ser, ela capaz de agir coletivamente, como apresenta ser, considerando-se o fato de que pouca coisa possui, além do mecanismo dos jornais e dispositivos técnicos para se manter coesa".

Weber (1942, p.40) acrescenta que "toda relação social, mesmo aquela mais estritamente originada na persecução racional de algum fim (a clientela, por exemplo), pode dar lugar a valores afetivos que transcendem os simples fins almejados, econômicos ou outros".

4. Ambiente Social na Comunidade

Segundo Albou (1982), o ambiente conceitual ótimo é o que favorece a:

- . reflexão e a liberdade de estar errado sem ser censurado;
- . inovação, eficácia organizacional;
- . iniciativa dos indivíduos;
- . envolvimento dos indivíduos com os objetivos da empresa comum;
- . solução de problemas com ampla participação no processo decisório;
- . mudanças com flexibilidade e um mínimo de resistências;
- . efetiva interação entre todos;
- . diferentes alternativas de solução de problemas;

- . superação individual e coletiva;
- . identidade social, o sentimento de pertencer e autoconfiança.

Os tabus, crenças, valores e costumes que permeiam a vida humana e os padrões de comportamento no ambiente social do trabalho, são reflexo de uma interação físico-biológico-afetivo-social e não se manifestam em forma estanque. É impossível pretender realizar uma abordagem sobre a saúde de uma comunidade sem previamente identificar e entender o "mundo" dessas relações em suas diferentes dimensões, (Albou 1982).

Klein (1968) enfoca dois componentes desse "mundo", o fisiológico e o psicológico, quando discute os aspectos ecológicos da comunidade:

1) Os aspectos físicos do ambiente, como a distribuição espacial e a configuração desse espaço, enquanto a localização dos edifícios, definição de limites, desenho de estradas e acessos, destino de espaços recreativos, parques e outros refletem a dinâmica da comunidade e a valorização ou desvalorização do ser humano dentro dela, ou seja, o significado que o Homem tem na comunidade.

2) Os aspectos psicológicos são compreendidos através dos valores e crenças, elementos que diferenciam uma comunidade da outra, além dos fatores étnicos, sócio-econômicos, culturais e geográficos, que condicionam seu comportamento. (Klein apud Griffith-Kenney, J. & Christensen, 1986).

Através dos diferentes autores o conceito "ambiente/espaço" adquire várias conotações. Por momentos relaciona-se com os aspectos físicos, biológicos, afetivos, ora com os sociais, econômicos, culturais ou laborais. Trataremos sobre alguns aspectos destas concepções:

1) o ambiente conceitual é definido por Ardnt & Huckabay (1983 p.96) como o "componente cognitivo abstrato de um meio que lida com o elemento humano que busca satisfação e responsabilidade. É o meio onde os indivíduos atingem crescimento, estabilidade e interação através da cooperação, integração, comunicação, compromisso e recompensa."

2) A abordagem bio-médica Leavell & Clark (1976 p.16) diz que "o meio ambiente é o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo."

3) para Gordon & Augustin (1948) o ambiente compreende quatro grandes elementos: o físico, inclui o espaço individual e coletivo; o geográfico, clima, estação, condicionamento de ventilação, temperatura, iluminação, umidade do ar, som e facilidades operacionais para o trabalho.

Com esta forma de tratar o assunto, mencionando diferentes abordagens, pretende-se acrescentar alguns outros conhecimentos específicos a abordagem psicossociológica anterior:

- O biológico, para estes autores é o universo das coisas vivas, é tudo aquilo que circunda o homem, além do próprio homem. Compreende outros homens, animais e plantas vivas

que são agentes na interação dos seres vivos;

- O social e o econômico, são completamente interdependentes em sua relação com o ambiente. É a relação do homem consigo mesmo e com seu próximo, indivíduos ou grupos. É a demarcação do mundo sócio-afetivo em diferentes ambientes físicos e biológicos que atuam entre si, reciprocamente no dizer de Leavell & Clark (1976, p. 59). Isto é demonstrado ao discutir as maneiras pelas quais os problemas psicológicos de umas pessoas afetam o espaço interno de outras, e a adaptação que é efetuada pela organização face às mudanças técnicas, sociais e políticas que ocorrem no espaço externo. As atividades e novas interações exigidas por essas mudanças impõem à organização do trabalho um processo de ajuste de atividades e de sentimentos que afeta as pessoas e o próprio ambiente, segundo Arndt & Huckabay (1983).

5. Influência recíproca entre ambiente social e o físico-geográfico-biológico

Segundo Albou (1982) na comunidade laboral há influência do meio social sobre o desempenho do grupo na produtividade no trabalho e na significação das relações do grupo com a estrutura hierárquica, funcionando como fatores reguladores dos fenômenos da interação social entre os indivíduos, em determinados ambientes. Sendo assim, o meio ambiente social é o contexto social de uma comunidade de homens e mulheres, cujas interações caracterizam-se por serem dinâmicas e condicionantes do funcionamento e do encaixe estrutural dos grupos e dos indivíduos, formando por outro lado, um sistema social, com símbolos, crenças e valores próprios.

Em qualquer que seja o meio social do trabalho, busca-se o ambiente conceitual ótimo, para que ambos, organização e indivíduos, atinjam alguns preceitos básicos para a convivência criadora de espaços harmoniosos e de crescimento social.

Apesar de reconhecer a extrema importância da influência dos ambientes entre si, serão trabalhados nesta dissertação, apenas os aspectos interacionais sociais de um processo participativo. A razão pela qual não serão explorados os aspectos bibliográficos que tangem ao ambiente físico-geográfico-biológico identificados na Prática Assistencial de Enfermagem é o fato de que estes são mais aplicados em outras áreas de Enfermagem. Sendo assim, fica-se com o enfoque interacional social apenas, condição que orientou a seleção dos conceitos do Marco Teórico de Imogene King. Embora visto desse modo serão a seguir tratados também todos os outros conceitos que tratam dos movimentos sociais que, oportunamente foram requeridos no momento da Análise dos Resultados e tenham sido aplicados.

CAPÍTULO IV

MARCO TEÓRICO

1. de Imogene King

A seguir, far-se-á uma apresentação dos conceitos e pressupostos teóricos de Imogene King, como um todo e, após serão tratados aqueles que foram selecionados especificamente para a prática assistencial comunitária. Estes, permitiram guiar as diferentes etapas do trabalho desde o projeto de prática, seu relatório e a análise dos resultados que se apresenta nesta dissertação.

King (1984) agrupa os conceitos de acordo aos sistemas sociais, pessoal, interpessoal e social na seguinte forma:

- No sistema pessoal os conceitos são:

- . homem/pessoa/indivíduo/Cliente/Paciente/Enfermeira
- . percepção
- . eu (self)
- . imagem corporal

- . crescimento e desenvolvimento
- . tempo
- . espaço
- . saúde
- . aprendizagem. King (1988)

- No sistema interpessoal os conceitos são:

- . interação humana
- . comunicação
- . transação
- . "role" (papel)
- . estresse

- No sistema social

- . organização
- . autoridade
- . poder
- . posição (status)
- . tomada de decisão

Qualquer marco conceitual refere-se à abstração - conceitos que se reúnem, segundo o interesse de sua aplicabilidade a um tema comum, a fim de servir de guia na explicação dos fenômenos da realidade, vinculando-os numa forma coerente e organizada a cada fase prática.

No intuito de desenvolver uma Prática de Assistência de Enfermagem, selecionou-se um grupo de conceitos como percepção, comunicação, interação, papel, espaço, ambiente, homem, enfermagem, saúde, estresse e transação, do Marco de Imogene King, embora tivesse que acrescentar outros conceitos para elucidar alguns temas emergentes na Discussão dos Resultados do Processo de Assistência Comunitária aplicado.

O Marco prevê três conjuntos de conceitos centralizados no Campo da Enfermagem para a abordagem dos sistemas sociais, segundo a conveniência da compreensão dos mecanismos e valores que regem os processos interacionais de diferentes tipos entre enfermeiro e cliente, classificados em três níveis: o indivíduo e seu sistema intrapessoal, o grupo e seu sistema interpessoal e a sociedade (sistema social maior e abrangente que engloba os dois primeiros).

Imogene King selecionou então, três idéias universais para construir a base conceitual de sua teoria ao entender que o foco da Enfermagem é a interação dos seres humanos entre si e com seu ambiente, seja ele indivíduo, grupo ou sociedade. Acredita-se que esta autora, com sua visão de totalidade ajuda a compreender a dinâmica do homem e seu ambiente, e os componentes que interferem no processo de saúde e doença. Em consequência, permite a enfermeira munir-se de conhecimentos e habilidades para intervir nessa dinâmica.

Esta concepção teórica, inspira-se no fato de que tanto as enfermeiras como seus clientes provêm de famílias, que residem em comunidades e se utilizam de serviços, sofrendo as mesmas influências sociais, dando assim origem a inspiração de utilizar o estudo dos sistemas sociais, como uma forma de

organizar os efeitos dos mesmos sobre o homem e seu ambiente social. A autora da teoria propõe diferentes conceitos, uma vez ordenados e interrelacionados, ocupam-se de explicar os fenômenos de interação nos sistemas Pessoal, Interpessoal e Social, dos quais enfermeira e cliente fazem parte.

A semelhança da teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1956), Imogene King (1981) propõe que se estude a totalidade do fenômeno da interação humana e não somente as partes constituintes do mesmo. Desta forma, a autora concebeu seu marco conceitual a fim de que, através dele, consiga-se compreender e explicar sobre as complexidades e variedades encontradas no campo da prática da enfermagem. Os sistemas sociais, como sistemas abertos permitem troca de informação entre eles, exigindo para sua compreensão a inclusão de novos conceitos de outras disciplinas. As enfermeiras adquirindo novos conhecimentos específicos poderão aplicá-los em situações reais do mundo moderno, segundo sua complexidade e extensão. Inicialmente a autora da teoria realizou uma redução de conceitos de uma longa lista. Acredita, porém a autora que a cada novo conceito incluído, responde a uma necessidade de explicar a uma nova situação particular de estudo e por isto em seu livro apresenta "aprendizagem" e "controle" KING (1986), como exemplo desta afirmação.

A autora agrupa portanto os conceitos propostos, como "mecanismos - guia" dos comportamentos do enfermeiro e cliente no desempenho de seus papéis, permeando os três sistemas. No desenvolvimento do Processo de Enfermagem, há momentos em que um conceito incide mais fortemente, que outro

(KING 1988), mas de certa forma marcam todos suas presenças no transcorrer da ação (Ver representação simbólica da operacionalização do Conceitos Teóricos - Figura 4 p. 81).

Procura-se neste trabalho, através da sustentação teórica em conceitos de King, reconhecer e explicar as interações dos seres humanos - homem/grupo/comunidade - com seu ambiente geofísico, social, afetivo, laboral, as quais os levam a um determinado estado de saúde, a uma qualidade de vida e a um desempenho de seus diferentes papéis sociais. A teoria de Imogene King define-se a partir de um grupo de conceitos, definições e proposições filosóficas interrelacionados que representam o panorama da interação humana, como elemento essencial nas relações dos sistemas pessoal, interpessoal e social.

Descrição dos Sistemas Sociais.

. Sistema Pessoal

É o sistema de interação do indivíduo consigo mesmo no seu mundo, onde são processadas todas suas experiências e informações, determinadas pelos condicionantes e potencialidades genéticos, biológicos e psicológicos e de seu ambiente, de todas suas etapas de vida. Os indivíduos percebem, pensam, sentem e selecionam alternativas entre diferentes cursos de ação; fixam objetivos e determinam os meios e tomam decisões para alcançá-los. Os seres humanos reagem como seres totais a suas experiências; são orientados no tempo e atuam de acordo às experiências passadas e sua consciência

de presente influem nas previsões das futuras ações. Os indivíduos são seres sociais que raciocinam e estão conscientes; mediante a linguagem falada, escrita e pensada, bem como através de outros símbolos comunicam seus pensamentos, costumes, crenças, valores e ações. As percepções através de diferentes órgãos dos sentidos, os julgamentos, as ações e reações dos seres humanos determinam as transações particulares e únicas. Assim definidos, os seres humanos constituem-se em sistemas pessoais abertos, pois recebem informações de outra pessoa e do ambiente, processam-na em seu interior e a devolvem para outra pessoa e ambiente no momento ou circunstancialmente. O cliente e a enfermeira constituem portanto cada um de "per se" um sistema pessoal.

Sendo assim, para compreensão de mecanismos e ações do indivíduo, sistema pessoal, utiliza-se os seguintes conceitos:

- Homem/Pessoa/Indivíduo/Cliente/Enfermeira
- Percepção
- Eu (Self)
- Imagem corporal
 - Crescimento e Desenvolvimento
 - Tempo
 - Espaço
 - Saúde (meta)
 - Aprendizagem (King 1988).

. Sistema Interpessoal

Segundo Poletti (1978), interpretando King, interação é uma experiência de aprendizagem onde duas ou mais pessoas interagem a fim de fazer face aos problemas precisos de saúde, em que cada uma delas, enfermeira e o paciente, apontam suas expectativas e metas, e aprendem um do outro, nesta relação. Entretanto, na visão de King (1981), é um processo de percepção e comunicação entre a pessoa e o ambiente, e entre pessoa e pessoa, representada por comportamentos verbais e não verbais para atingir a uma meta. Há, portanto, um processo de interação, quando dois ou mais indivíduos identificam de maneira mútua os objetivos e os meios para alcançá-los e, quando estão de acordo com eles, passam a transação que culmina em alcance dos objetivos. São então estas, as relações interpessoais, quando dois ou mais indivíduos interagem num dado momento existencial, tendo em vista um determinado objetivo. No quadro dos cuidados de enfermagem, a relação é vista como uma intimidade funcional entre as pessoas que geralmente não se conhecem e que trazem para dentro desta relação suas expectativas, interesses, valores e metas. É necessário, então que a enfermeira compreenda o comportamento do cliente, ajude a diminuir o estresse ao qual está submetido e forme com ele a partir daí, a base de uma relação profissional. Há também alguns padrões generalizados de respostas que podem ser chamadas " sistemas de atitudes de valor", são freqüentemente inconscientes e não verbalizados, mas exercem um enorme efeito emocional e influenciam comportamentos. Este sistema, o interpessoal é o principal foco da Teoria de King, em particular quando trata da díade, enfermeira-cliente, segundo o entendimento de DiNardo apud Riehl - Sisca (1988).

Na Assistência a duas ou mais pessoas, ou seja, no Sistema Interpessoal aplicam-se os conceitos que seguem, acrescentados por aqueles já especificados no Sistema Pessoal:

Ambiente	Estresse (doença)
Papel	Transação.
Interação	
Comunicação	

Sistema Social

Os conceitos trabalhados no sistema social são de extrema relevância e estão explicitados um a um, embora não tenham sido utilizados na aplicação prática do Processo, pois se tratou de focar os Sistemas Pessoal e o Interpessoal. Entretanto, acredita-se que seja indispensável evocá-los na análise dos resultados.

Para King (1981) Sistema Social, é um sistema organizado de limites, de papéis sociais, condutas e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos que regulam normas e práticas. Na organização formal e informal definem-se certos elementos estruturais e funcionais como papéis prescritivos (roles), posição (status), linhas de autoridade e comunicação.

Na assistência a grupos sociais maiores (sociedades) ou seja, ao sistema social utiliza-se:

Organização;

Poder;

Autoridade;

Status (posição);

Poder decisório;

Controle King (1988).

Pressuposições de Imogene King:

Dubin apud King (1984) diz que preposição ou pressuposição é uma declaração verdadeira sobre uma teoria. As pressuposições levam em consideração a função da teoria como um sistema dinâmico. Algumas delas relacionam-se com o processo e outras, com os resultados.

As pressuposições de King (1981) aqui descritas relacionam-se com os conceitos de:

Seres humanos-saúde-ambiente-enfermeira.

Seres Humanos:

1. Os indivíduos são seres conscientes e racionais.

1.1 - os pacientes são conscientes, ativos, têm conhecimento e capacidade para participar na tomada de decisão;

- 1.2 - os profissionais de saúde têm o dever de compartilhar a informação que ajuda aos indivíduos a tomar decisões conscientes acerca do cuidado de sua saúde.
2. Os indivíduos são seres que percebem.
 - 2.1 - as percepções da enfermeira e do paciente influem no processo de interação;
 - 2.2 - as interações da enfermeira e cliente ocorrem em um repertório perceptivo de ambos;
 - 2.3 - os objetivos dos profissionais de saúde e os dos pacientes podem ser incongruentes e sendo assim não haverá interação, nem transação.
3. Os indivíduos são seres que reagem.
 - 3.1 - os indivíduos têm direito de aceitar ou rejeitar o cuidado de saúde;
 - 3.2 - os seres humanos são organismos reativos aos acontecimentos, às pessoas e aos objetos em função de suas próprias percepções, necessidades e interesses, em um dado momento;
 - 3.3 - os seres humanos são compostos de corpo e espírito, e reagem como um todo às diferentes experiências que são percebidas no tempo;

3.4 - o processo dinâmico de enfermagem repousa sobre a percepção, as relações interpessoais e a comunicação.

4. Os indivíduos são seres sociais.

4.1 - os seres humanos são seres sociais, agentes e reagentes que estão constantemente, estruturando-se e, reestruturando sua percepção de mundo e se comunicando através de símbolos;

4.2 - Os seres humanos são seres sociais que com a ajuda da linguagem encontram a forma simbólica de comunicar seus pensamentos, suas ações, seus costumes e suas crenças;

4.3 - os indivíduos têm o direito de conhecer sobre si mesmos e a participar nas decisões que influenciam em sua vida, sua saúde e serviços da comunidade;

4.4 - a visão interacionista do papel é básica para compreender os indivíduos nas organizações;

4.5 - os objetivos, as necessidades e os valores do enfermeiro e cliente também repercutem no processo de interação;

4.6 - o conflito no papel da enfermeira ou do cliente, ou de ambos provocará estresse nas interações;

- 4.7 - a enfermeira com conhecimento e habilidade na comunicação, informa apropriadamente aos clientes e estabelecem em conjunto as metas mútuas a fim de atingí-las.
5. Os indivíduos são seres orientados no tempo e para a ação.
- 5.1 - os seres humanos têm seu presente enraizado em seu passado, e a consciência que têm de seu presente, influencia seu futuro;
- 5.2 - os seres humanos recordam os eventos passados, mantêm as decisões de acordo ao presente e fixam metas para o futuro em função desse passado e deste presente.
6. Os indivíduos são seres com um propósito.
- 6.1 - a expectativa dos papéis e seu desempenho devem ser congruentes para que as transações entre a enfermeira e o cliente ocorram;
- 6.2 - as transações que são a base das relações humanas dão-se através de um intercâmbio de energia e de informação com o interior da pessoa (sistema intra-pessoal); entre este e os demais sistemas; com outros indivíduos e com seu ambiente;

6.3 - as transações ocorridas entre enfermeira e cliente levam ao alcance de metas, em consequência, o cuidado de enfermagem é efetivo e ambos, clientes e enfermeira crescem e se desenvolvem.

Saúde:

1. Saúde é um estado dinâmico no ciclo da vida.
2. Doença é uma interferência no ciclo da vida.
3. Saúde implica numa adaptação contínua ao estresse no ambiente interno e externo através do uso ótimo de seus recursos para alcançar o potencial máximo no cotidiano.
4. Saúde é o objetivo da enfermeira.
5. Saúde é a meta das interações da enfermeira, do cliente, da equipe, da família entre outras.

Ambiente

1. A enfermeira deve compreender as maneiras através das quais os seres humanos interagem com seu ambiente para manter a saúde.
2. O sistema aberto implica que ocorre interação entre o sistema e seu ambiente que está em constante mu-

dança.

3. Os ajustamentos à vida e a saúde são influenciados pelas interações do indivíduo com seu ambiente.
4. Cada ser humano, percebe o mundo, como uma pessoa total, ao realizar transações com os indivíduos e objetos no ambiente.

2 - Da Prática Assistencial de Enfermagem Comunitária

A seguir far-se-á uma apresentação dos conceitos e pressuposições selecionados especificamente para a prática dessa Assistência de Enfermagem. Estes, permitiram guiar a elaboração do projeto em todas as suas etapas, (V. no Capítulo V no Processo, em sua totalidade bem como na Análise dos Resultados obtidos) motivo deste trabalho. De antemão, não foram aplicados todos os conceitos preferidos na teoria original. Apesar disto, serão incluídos todos e-les a partir de então, visto serem necessários para compreender outros fenômenos que surgiram na reflexão e discussão dos dados colocados na seqüência deste trabalho.

Conceitos Selecionados para a Prática Assistencial de Enfermagem:

Os conceitos da Teoria de King que foram selecionados inicialmente:

Saúde/Doença

Percepção

Homem/Grupo/Comunidade	Tempo
Espaço/Ambiente	Interação
Enfermagem/Enfermeira	Comunicação
Estresse	Transação

Pressuposições da enfermeira:

As diferenças de conceito, percepções, necessidades e expectativas sobre saúde/doença influem no processo de interação entre cliente e enfermeira, comprometendo a transação, estabelecimento de metas mútuas e o trabalho participativo;

- o cliente tem direito a conhecer e participar nas decisões que influem em suas vidas, sua saúde e na utilização de serviços da comunidade;
- a enfermeira tem o dever de compartilhar a informação que ajude ao cliente a tomar decisões conscientes no cuidado de sua saúde;
- o cliente tem direito de aceitar, rejeitar ou modificar o curso do Processo de Enfermagem;
- o cliente é ser humano social, consciente, racional que percebe e reage com um propósito, orientando sua ação no tempo e no espaço, capaz de discutir suas questões a fim de alcançar suas metas em relação à qualidade de vida laboral e do ambiente de trabalho;

- a comunicação interpessoal através da linguagem e outros símbolos é o elemento essencial da interação entre enfermeira e cliente;
- a comunicação interpessoal em enfermagem é tão mais complexa, quanto maior for o número de pessoas e de diferenças individuais que interajam, em relação ao grau de informação sobre saúde e seus condicionantes e a diversidade de valores, necessidades e interesses das mesmas;
- a enfermeira deve estar preparada para respeitar as diferenças individuais dos clientes e seu grau de percepção sobre os objetivos do Processo de Enfermagem, pois os padrões de comportamento e diferença de valores são os elementos críticos na transação;
- as percepções humanas são prejudicadas pela doença e otimizadas pela saúde, oferecendo um campo que pode perturbar a comunicação;
- a meta esperada da enfermeira e cliente deve ser produto de uma análise mútua da situação, física e social dos sistemas que acionam o meio ambiente de trabalho para que juntos interajam na definição de objetivos, na determinação do curso de ação, na utilização de recursos e tempo.

Para melhor compreensão, nas páginas seguintes apresentam-se os conceitos do Marco conceitual de Imogene King e, ao lado os mesmos conceitos transformados em Defini-

ções Operacionais que foram aplicadas na Prática Assistencial e na análise dos resultados, motivo desta dissertação.

3. CONCEITOS DE IMOGENE KING E DEFINIÇÕES OPERACIONAIS ADAPTADOS AO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

* CONCEITOS DE I. KING

** DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Saúde

É o processo de crescimento e desenvolvimento humano que, nem sempre ocorre tranquilamente e sem conflitos. É a experiência dinâmica de vida que implica no ajustamento contínuo aos estressores no ambiente interno e externo dos indivíduos. É a manifestação da maneira pela qual as pessoas enfrentam essas tensões dentro de padrões culturais, tentando de se adaptarem e, de como elas desempenham seus papéis, alcançam a auto-realização e as metas institucionais onde trabalham, utilizando os recursos disponíveis num potencial máximo.

Doença

A doença é o desvio do normal, uma perda do equilíbrio na estrutura biológica das pessoas.

Saúde

É o equilíbrio no processo de crescimento e desenvolvimento humano, de troca e conflito. Resultante do enfrentamento diário das pessoas consigo mesmas, com outras e com o ambiente físico e social de trabalho que lhes permite perceber, comunicar, interagir e transacionar plenamente o desempenho de seus papéis, auto-realizarem-se e, colaborarem no alcance de metas laborais.

Doença

É o processo sentido percebido e mensurado da perda da capacidade de manter o

NOTA: * Entende-se por "Conceito", uma formulação mental complexa de um objeto, propriedade ou acontecimento, derivado de uma experiência perceptiva individual. (Marriner - Tomey, 1989).

** Entende-se por "Definição operacional": uma formulação de idéias que especifica as atividades ou operações necessárias para medir um construto (conceito científico) ou uma variável. (Marriner - Tomey, 1989).

CONCEITOS DE I. KING

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

as ou no equilíbrio psicológico, e o conflito nas suas relações sociais King (1981). equilíbrio no processo de crescimento e desenvolvimento e na troca, resultante da falta de ajustamento das pessoas a si mesmas, a outras e ao ambiente físico-social do trabalho e de enfrentarem os estresses decorrentes dessas relações, em forma improdutiva.

Implicações para a Enfermagem:

É essencial para a enfermagem conhecer em que forma os seres humanos interagem com eles mesmos e com seu meio e como usam seus recursos para manter sua saúde. Com estes conhecimentos a Enfermeira promove a saúde, ajuda na prevenção da doença, cuida e reabilita os doentes e incapacitados, a fim de que retornem a sua vida ativa, desempenhe seus papéis e alcance suas metas pessoais e institucionais no trabalho.

Homem/Cliente

É um ser racional e social que cresce e se desenvolve, ajustando-se continuamente os estresses do ambiente interno e externo por isso percebe, sente, reage, estabelece seus objetivos e escolhe dentre alternativas um curso de ação, orientado no tempo e no espaço para desempenhar seu papel e

Homem/Cliente/Grupo/Comunidade

É o ser ou seres racionais e sociais que percebem a si mesmos, a enfermeira, o ambiente de trabalho e a situação de saúde, são capazes de sentir e agir para conhecer as causas e efeitos dos estresses do ambiente externo e interno que prejudicam sua saúde e a dos demais, bem como re

CONCEITOS DE I. KING

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

atingir suas metas de auto-realização(King, 1981).

agir para enfrentar esta situação, estabelecendo prioridades, metas, curso de ação orientado pelo tempo, espaço e recursos para atingi-las.

Implicações para Enfermagem:

A capacidade do homem/cliente em perceber as situações que comprometem a saúde no seu ambiente interno e externo favorece a interação entre ele e a enfermeira.

Os seres humanos têm três necessidades fundamentais de saúde: informação útil acerca da saúde quando a necessitam e podem usá-la; cuidado preventivo e cuidado quando não podem ajudar a si mesmos(King, 1981).

Enfermagem

É o processo de interações entre enfermeira e cliente onde cada um percebe, pensa, relaciona e julga um ao outro e a situação e através da comunicação, estabelecem metas, exploram meios e concordam sobre eles para atingir as metas em situações onde o meio ambiente imediato, espaço e realidade temporal requerem que enfermeira e cliente estabeleçam uma relação, para ambos enfrentarem diferentes estados de saúde e se ajustarem às mudanças diárias e às demandas de adaptação que cada situação requer.

Enfermagem é um processo de ação, reação e interação no qual enfermeira e cliente com partem informação sobre suas percepções na

Enfermagem

É o processo onde enfermeira e cliente percebem-se mutuamente, comunicam-se sobre a situação de saúde das pessoas e do ambiente e interagem para definir reciprocamente e deliberadamente o tipo de intervenção para enfrentar os estresses que interferem na qualidade do desempenho, na auto-realização das pessoas e no alcance de metas da clientela e da instituição, onde trabalham através de:

- levantamento inicial de percepções da clientela sobre o processo de intervenção;
- despertar interesse para o intercâmbio de informações, sentimentos e opiniões

CONCEITOS DE I. KING

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

situação-problema de saúde. Através desta comunicação identificam problemas, interesses e metas comuns, explorando os meios disponíveis (King, 1981).

- entre clientela e enfermeira para enriquecer projeto inicial;
- coleta de dados básicos sobre a situação de saúde da clientela e do ambiente;
- análise e síntese dos dados básicos para serem priorizados e constituírem a Lista de Problemas;
- determinação de Objetivos na resolução dos Problemas listados;
- elaboração e aplicação de um Plano Participativo que é avaliado pelas Notas de Progresso;
- análise e síntese das Notas de Progresso, a fim de determinar o Alcance das Metas, mútuas estabelecidas no Processo de Assistência de Enfermagem (AVALIAÇÃO DO PROCESSO).
- Elaboração do Relatório Final e Apresentação para o planejamento.

Implicações para Enfermagem:

É objetivo da enfermagem interatuar com seres humanos, seja em forma individual ou grupos, e com seu ambiente de tal maneira que cada um consiga a auto-realização e a saúde. Entretanto, este conceito particular, define a enfermagem como um processo de ação-recíproca, onde o cliente é agente e objeto do processo, decide com o enfermeiro sobre os objetivos, meios e estratégias a serem atingidos, o que não é comum, noutras situações de Enfermagem onde o cliente é paciente, um tanto passivo sobre as decisões que interferem no seu estado de saúde ou doença.

CONCEITOS DE I. KING

Enfermeira

É um ser racional social que utiliza seus conhecimentos e habilidades para interatuar e ajudar aos indivíduos ou grupos a enfrentarem os problemas existenciais e que conhecem as diferentes maneiras de adaptar-se às mudanças da vida diária, a fim de alcançar sua auto-realização e conservar a saúde (King, 1981).

Enfermeira

É um ser racional, social, profissional que utiliza seus conhecimentos e habilidades para perceber, comunicar-se, interagir e transacionar com as pessoas e grupos que necessitam enfrentar os fatores que prejudicam o ajustamento contínuo aos estresses da situação do trabalho e que interferem no desempenho do papel, na auto-realização, no alcance de metas laborais e na conservação da saúde. É capaz de agir recíproca e deliberadamente com a clientela, a fim de que enfermeira e cliente colaborem e analisem conjuntamente os dados básicos sobre a situação da saúde; determinarem problemas, prioridades, objetivos, metas mútuas para serem estabelecidas e alcançadas através de um plano de ação, e uma forma de avaliação através das notas de progresso e de relatar sobre a experiência conjunta.

Implicações para Enfermagem

Em cada situação de Enfermagem a enfermeira terá objetivos diferentes no seu plano de ajuda. É função básica da enfermeira ajudar aos indivíduos a conservar sua saúde para que possam desempenhar plenamente seus papéis. Neste marco conceitual, ela busca sempre uma conduta interativa recíproca, onde a sua influência sobre a do cliente, e a deste sobre a enfermeira. Neste processo de interações, o de interação, a percepção é fundamental para que ambos tenham valoração semelhante sobre os mesmos fenôme-

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM

CONCEITOS DE I. KING

menos, ou absolutamente dessemelhante, mas que através de interações sucessivas cheguem a um consenso para transacionar e alcançar as metas mútuas.

Espaço

"É o meio ambiente imediato no qual enfermeira e cliente interatuam e tentam alcançar suas metas".
É uma área física, chamada território, que se define pela conduta dos indivíduos que a ocupam com gestos, posturas e limites visíveis escolhidos para delimitar o espaço pessoal, onde comunicam mensagens com diferentes significados em diferentes culturas" (King, 1981).

Espaço

É a área física ou território, psicológica e social, individual ou coletiva, onde as pessoas interagem consigo mesmas, com outras, com o ambiente, e com a enfermeira para se perceberem e se comunicarem, a fim de reconhecerem os dados básicos da situação que afeta a saúde das pessoas e do ambiente de trabalho para determinar prioridades, objetivos, metas, plano de ação, recursos e meios de avaliação no enfrentamento da citada situação.

Implicações para Enfermagem:

É importante saber que as distâncias variam segundo o tipo de interação das pessoas, seus propósitos, metas, conhecimentos e situação. O uso de espaço explica a comunicação em várias culturas. Por exemplo:

Hall (1959) estudou a territorialidade que hoje é aplicada também a seres humanos.

O espaço psicológico, como produto de uma cultura, segundo Hall determina que: no espaço íntimo a distância mínima é de 15-45 cm; a distância pessoal é de 45 cm - 1,20 m; a distância pública é de 3,6 m - 7,5 m e a distância social é de 1,2 m - 3,5 m.

As normas em relação ao espaço são tácitas ou expressas segundo diferentes locais, posição hierárquica das pessoas, espaço invisível onde as pessoas se colocam e ainda a fatores físicos, químicos do ambiente como os térmicos, táteis, tom de voz, olfato que determinam o espaço da interação.

Percepção:

É a representação da realidade em cada ser humano. É a consciência de pessoas, objetos e acontecimentos ainda pressupondo que os seres humanos vivem no mesmo mundo e tem experiências comuns. Eles diferem na seleção de imagens, preceitos, experiências sensoriais e conceitos que devem penetrar no seu meio perceptivo.

A percepção relaciona-se com experiências passadas, com o conceito de si mesmo (do EU) com a herança biológica, com os antecedentes educacionais e com os grupos sócio-econômicos. É o processo de organização, interpretação e transformação dos dados sensoriais e da memória. A percepção é universal, subjetiva, pessoal, seletiva para cada pessoa e ação orientada no presente. É universal, porque todas as pessoas percebem a outros indivíduos e objetos no meio ambiente, e estas experiências proporcionam formação a respeito do mundo. É subjetiva, pessoal e seletiva porque a percepção baseia-se em experiências passadas que as fazem

Percepção:

É o processo sensorio mental e social que permite que enfermeira e cliente tenham consciência recíproca da existência um do outro, de seus interesses, necessidades, expectativas, de suas condutas e de outras pessoas, objetos e acontecimentos, baseados em suas experiências passadas e nos condicionamentos físico, psicológico e social dos seus ambientes internos e externos que promovem ou prejudicam o desempenho de seus papéis, a auto-realização e a conservação da saúde.

CONCEITOS DE I. KING

excepcionalmente pessoais até que se comunique com outros. É orientada no tempo porque interesses atuais, necessidades e metas futuras influem nas percepções.

As percepções são interações porque todos os indivíduos entram numa situação como participantes ativos (King, 1981).

Implicações para Enfermagem:

A percepção é um conceito muito importante por ser a base para obter e interpretar informação.

A percepção pode ser distorcida por efeito de estados emocionais como por zanga, medo ou amor.

As emoções fecham parcialmente o campo perceptivo e assim, restringem os sinais que a pessoa permite que entre. Um elemento importante nas interações entre cliente e enfermeira é a exatidão perceptiva, considerando pela valorização inicial da capacidade sensorial do cliente, a idade cronológica, o nível de desenvolvimento, o sexo, a educação, o tipo de medicação e dieta, estimulação ou privação sensorial, mecanismos de defesa e fatores de personalidade, valores, crenças, classe social e ocupacional.

Tempo

É uma seqüência de eventos movendo-se progressivamente para o futuro.

É uma abstração que pode indicar diferentes espaços entre um fato e outro. O tempo biológico é o período que regula o ritmo

Tempo

É cada momento em que enfermeira e cliente percebem-se, comunicam-se e interagem para desenvolver cada etapa do Processo de Enfermagem, envolvendo as experiências passadas, para enfrentarem os proble-

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CONCEITOS DE I. KING

mo interno dos seres humanos. O tempo físico, o que envolve a sucessão de horas, dias, anos e séculos, inclui também a noção de passado, presente e futuro. O tempo psicológico é subjetivo e produto da experiência, por isto o tempo não é so a ordem de acontecimentos, mas também a duração experimentada por cada pessoa (King, 1981).

mas presentes com uma visão de futuro. É a sucessão de decisões e ações postas em prática, através da utilização ordenada e seqüencial das horas e dias disponíveis para alcançarem as metas estabelecidas.

Implicações para Enfermagem:

A maneira como as pessoas valorizam o tempo influe nas relações com outras pessoas.

O tempo é irreversível, universal, relativo, unidirecional, mensurável e subjetivo.

É uma percepção complexa e abstrata de acontecimentos que não retornam; que acontece com todas as pessoas, plantas e animais; que cada pessoa tem diferente noção de tempo; que dá ordem aos fatos da vida, dando direção de futuro, que há formas de medir o tempo e que apesar disto ele transcorre mais rapidamente ou menos, segundo o estado emocional da pessoa.

Comunicação:

É o processo através do qual há intercâmbio de informação, pensamentos e opiniões de uma pessoa a outra, face a face ou indiretamente.

É o meio pelo qual realiza-se a interação social, a aprendizagem e a transação num determinado ambiente.

A comunicação pode ser verbal, escrita, fa-

Comunicação:

É a troca de informações, pensamentos e opiniões, em forma verbal e não verbal entre enfermeira e cliente que permite perceberem-se entre si e através dela identificarem reciprocamente o grau de conhecimento, os problemas, necessidades e expectativas de cada um a respeito da saúde ao meio externo e interno das pes-

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CONCEITOS DE I. KING

lada ou cantada, e, a não verbal através de gestos, mímicas, atitudes e posturas. A luz, a pressão, o calor, o frio, os sons, o olfato, o paladar, a ventilação, as cores, a decoração, o espaço físico dão informações do meio ambiente. Todas elas influem na interação das pessoas, bem como o tempo é percebido pelas pessoas que interagem (King, 1981).

soas num ambiente de trabalho, tomar decisões para o desempenho de papéis e o alcance de metas relacionadas com a melhoria das condições de saúde encontradas nos Dados Básicos.

Implicações para Enfermagem:

O cuidado de Enfermagem exige por parte da enfermeira o conhecimento e a habilidade para dar e receber informações das mais diversas pessoas, sexos, meios sócio-econômicos, graus de instrução, posição hierárquica e papel social.

É importante saber escutar, guardar-silêncio, falar ou tocar, cada um destes recursos tem seu momento certo. Portanto, cada tipo de cuidado pessoa ou situação requer uma forma específica de comunicação.

Interação:

É o processo de percepção e comunicação entre pessoa e meio ambiente, entre pessoa e pessoa representada por condutas verbais e não verbais que estão orientadas para o alcance de objetivos. É influenciado pelos diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, percepções e experiências passadas que condicionam a forma de perceber a outra pessoa e a

Interação:

É o processo que se dá através de condutas verbais e não verbais observáveis entre enfermeira e cliente que percebem e se comunicam entre si, entre eles e ambiente e entre outras pessoas com o fim de alcançarem os objetivos previamente traçados e através da análise dos Dados Básicos obtidos através das interações, pode-se concluir sobre a ocorrência da

CONCEITOS DE I. KING

situação, emitindo julgamento, concebendo mentalmente um curso de ação e tomando decisões para atuar.

Os dados básicos obtidos através das interações podem ser analisados para determinar se houve ou não transações (King, 1981).

Implicações para Enfermagem:

A comunicação e a estrutura de sinais e símbolos importantes que ordenam e dão significado as interações humanas. Inclui também formas verbais e as não verbais, reconhecidas estas como a informação mais exata que as primárias.

As interações podem ser observadas para que através de dados simples, sem prejulgamento ou inferências, possam ser registradas. A sucessão de registros permite ser analisada e constatar se houve ou não transação, ou seja se as pessoas envolvidas na ação, reação, interação alcançaram seus objetivos e metas.

Transação:

É o processo observável onde os seres humanos interatuam entre si e com seu meio ambiente para trocar pontos de vistas sobre uma situação dada e mediante acordos, traçam linhas de ação comum a fim de alcançarem metas mútuas. É o componente da valorização das interações humanas, no tempo e no espaço (King, 1981).

Transação:

É a conduta observável na qual enfermeira e clientes percebem-se, comunicam-se, interagem consigo mesmos, com outras pessoas e entre si para desempenhar seus papéis, e atingirem metas mútuas. No processo de enfermagem estudam a situação de saúde, através da análise dos Dados Básicos, e se põem de acordo para estabelecer os Problemas, as prioridades, objetivos, metas, recursos e o Plano de Ação. Como resultado será alcançado as melho-

res condições possíveis no espaço físico psicológico e social de trabalho a fim de conservar a saúde, atingir a auto-realização pessoal e grupal e as metas institucionais, no tempo previsto.

Implicações para Enfermagem:

A percepção é um conceito essencial no estudo das interações humanas que levam às transações. O mundo das pessoas, ou seja, a realidade de cada pessoa, a maneira pela qual ela o vê, a forma como esta realidade influe na pessoa e esta no seu mundo é produto do papel ativo que a pessoa desempenha na transação com ela mesma e com seu mundo. A transação é única pois cada indivíduo percebe, reage, interage, segundo sua realidade, sua noção de tempo, de espaço e de suas crenças, expectativas, conhecimento e experiências passadas. Para enfermeira transacionar é necessário que eles, enfermeira e cliente encontrem uma estrutura comum para que ambos enfrentem às pre-ocupações e as resolvam. As transações são cooperativas, recíprocas e observáveis, tanto quanto as interações. Os indivíduos compartilham fatos, crenças, expectativas e preferências e se proporcionam conhecimento comum para estabelecerem as metas mútuas que serão alcançadas mediante a transação.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CONCEITO DE I. KING

Estresse

É um estado dinâmico mediante o qual o ser humano, animais e plantas interatuam entre si e o meio ambiente para manter o equilíbrio necessário para crescer, desenvolver e desempenhar suas funções. É uma troca de informação e energia de um indivíduo a pessoas, objetos e acontecimentos que interfere na percepção, na interação, na tomada de decisões, no desempenho do papel e no alcance de metas pessoais. (King, 1981).

Estresse

É o efeito dinâmico recíproco das interações das pessoas consigo mesmo, com outras pessoas, com o ambiente e animais. Interfere no crescimento e desenvolvimento e promove o ajuste contínuo físico, biológico, psicológico e social do cliente consigo mesmo, com outras pessoas, com outros seres vivos e com o ambiente de trabalho, a fim de seguirem desempenhando seus papéis, alcançando suas auto-realizações e metas laborais. Quando isto não é possível, há uma perda de equilíbrio neste processo, cujas manifestações são observáveis na maioria e mensuráveis indiretamente pela enfermeira. As vezes, por isso não se alcança a transação.

Implicações para Enfermagem:

A ansiedade, depressão, o medo ao desconhecido, a doença, as relações conflitivas no trabalho, a falta de dinheiro, o ruído excessivo, a falta de adequação do espaço essencial para o trabalho, as indefinições de papéis pelas chefias, a falta de recursos para a ação, as indefinições, a falta de reconhecimento, as condutas intempestivas são alguns dos fatores de estresse que prejudicam o desempenho de papéis, a tomada de decisões, a auto-realização pessoal e o alcance de metas individuais e institucionais.

CONCEITO DE I. KING

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Papel:

É o processo através do qual é definido o grupo de condutas esperadas de uma pessoa em relação a outras, dentro da posição que ocupa num sistema social e as regras que determinam seus direitos e obrigações a fim de alcançar um propósito nas organizações (King, 1981).

Papel:

É o conjunto de condutas esperadas do enfermeiro e do cliente para assumirem ações recíprocas na assistência da situação de saúde, onde ambos pesquisam Dados Básicos. Analisam-nos determinam Problemas, prioridades, objetivos, metas, Plano de Ação, recursos, Notas de Progresso para encaminhar as melhores relações humanas e adequação do ambiente de trabalho para promover a saúde, a auto-realização pessoal e o alcance de metas laborais na instituição.

Implicações para Enfermagem:

O papel é aprendido, através de seu funcionamento dentro dos diferentes papéis sociais na sociedade. Ele é complexo porque é percebido de diferentes maneiras pelas pessoas. É situacional porque segundo a condição onde se desenvolve a relação entre as pessoas, a mesma pessoa pode ser vista, por outras, em diferentes papéis.

As diferentes situações e propósitos que levam a enfermeira a atuar caracterizam papéis diferentes, apesar que os princípios que regem a conduta sejam os mesmos e as metas semelhantes.

CONCEITO DE J. KING

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

• Eu (Self)

É o complexo e organizado sistema aberto de terminado por uma herança genética e experiências biológicas, psicológicas e sociais de cada pessoa. É o que caracteriza o ser, o pensar, e o fazer baseado em valores, necessidades e metas individuais e únicos. É o que a pessoa é consigo mesmo e os outros. É tudo o que a pessoa e na sua forma de perceber, sentir, pensar, agir e reagir. É o mundo interior de cada pessoa. É o conjunto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência de uma pessoa, sua existência individual e sua concepção de quem e de que é. É o indivíduo tal como é conhecido pelo indivíduo.

• Eu (Self)

Enfermeira e cliente têm sistemas abertos individualizados e únicos, com valores, necessidades e metas individuais diferentes. Na assistência de Enfermagem, cada cliente representa "eus" independentes. Através das percepções e interações sucessivas haverá compreensão recíproca e respeito às individualidades, mediante intercâmbio de informações de valores, necessidades, interesses e metas.

Implicações para Enfermagem:

Todas as pessoas têm um conceito de seu eu, esta ciência ajuda a converter o ser humano sensível para harmonizar consigo mesmo e com outros. As percepções de ambos, enfermeira e cliente influem no tipo de cuidado de enfermagem escolhido. Se a enfermeira libera o cliente das formalidades de um "bom paciente", este poderá ser mais franco e autêntico, condições que favorece uma compreensão mais ampla e profunda das necessidades de ajuda. Isto porque, cada "eu" é uma pessoa completa que nasce, cresce e se desenvolve numa sociedade específica, cujos padrões determinam uma estrutura e funcionamento diferentes entre os seres humanos.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CONCEITO DE I. KING

Imagem Corporal

É a visão do seu Eu (Self). É a descrição que uma pessoa tem de si mesma, de seu corpo ligado ao espaço. (King, 1981). É a imagem tridimensional, fisiológica, psicológica e sociológica que se tem do corpo (Schilder apud - King, 1981). É o reflexo do crescimento e desenvolvimento da pessoa.

Imagem Corporal

É a forma subjetiva que a enfermeira e cliente vêem a si mesmos, segundo suas crenças e valores parâmetros condicionados pelo grau de conhecimento e pela cultura, tanto como seres físicos, como biológicos, psicológicos, sociais e estéticos.

Implicações para Enfermagem:

Alguns acontecimentos durante a vida provocam alterações nas percepções que o ser humano tem de si mesmo. As ameaças de perda imaginária ou real de partes do corpo e da capacidade funcionante física, nervosa e intelectual do cliente, os traumatismos deformantes, a doença crônica como a asma brônquica, a lepra, Aids, diabetes, cardiopatia, obesidade, amputações, extirpação de órgãos, paralisias, cegueira, surdez entre tantas outras promovem no cliente uma alteração da auto-estima, criando situações de crise. Estas podem inicialmente manifestar-se através da raiva, culpa, desesperança, negação, retraimento como uma forma de se auto-protger. Em geral, este processo tem quatro (4) etapas: 1º) fase de impacto; 2º) fase de retirada; 3º) fase de reconhecimento e enfrentamento; 4º) reconstrução (King, 1981, p. 34) É importante que a enfermeira compreenda este conceito de auto-imagem, pois ela desempenha papel vital ao ajudar o cliente na recuperação da sua auto-estima.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CONCEITO DE I. KING

Crescimento e Desenvolvimento

É o processo gradual e progressivo que ocorre na vida do ser humano, desde sua concepção até a maturidade, onde a bagagem genética, as mudanças celulares e moleculares, e as expectativas significativas e satisfatórias de vida num meio ambiente conduzem os indivíduos a aproveitar sua capacidade potencial para alcançar sua realização pessoal. (Conceito adaptado de King, 1981).

Crescimento e Desenvolvimento

É o processo através do qual, enfermeira e cliente, desfrutam das situações de interação para aumentarem suas expectativas e aspirações e através das quais desenvolvem seus potenciais no alcance de metas mútuas em saúde/doença, tanto como pessoas como profissional.

Implicações para Enfermagem:

A enfermeira que conhece os antecedentes do crescimento e desenvolvimento de seu cliente tem condições de adequar melhor o planejamento e aplicação do Cuidado. As variações de idade do cliente, as interferências no crescimento e desenvolvimento e as agressões do meio externo são os elementos de estudo que favorecem a prevenção de riscos de adoecer e morrer. O conhecimento de seu processo de crescimento e desenvolvimento pode ajudar ao cliente a aceitação de um conceito de si mesmo e chegar a modificá-lo com ajuda da enfermeira.

CONCEITOS DE I. KING

Organização:

É uma unidade social caracterizada por estrutura, funções e recursos para alcançar as metas. Pode ser formal e informal. A organização formal proporciona estrutura hierárquica, procedimentos, cargos com atribuições específicas e pré-determinadas. Enquanto que a organização informal refere-se a agrupação natural de pessoas em uma situação de trabalho para atender as necessidades individuais e grupais não satisfeitas pela organização formal. Tem interesses, normas e relações próprias (King, 1981).

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Organização:

É o grupo espontâneo de clientes de uma estrutura formal que sempre e quando quiser aceitar o papel de agente-objeto, participa da assistência. Da organização formal são utilizados os recursos de comunicação, apoio das chefias e a massa crítica concentrada para aceitar, rejeitar ou enriquecer o Processo de Enfermagem, como parte do mecanismo de interação e transação.

Implicações para Enfermagem:

A enfermeira desempenha um papel crucial nas organizações de saúde. Como participante ativa nas decisões, no manejo dos conflitos de papéis e funções profissionais e as propostas das organizações. Nesta situação existe um conflito potencial, a responsabilidade de fazer possível a melhor assistência a falta de autoridade e poder para fazê-la. A qualidade do papel da enfermeira está condicionada a:

- 1º) coincidência de metas pessoais, profissionais e organizacionais;
- 2º) concordância da enfermeira com estatutos e sua aplicação;
- 3º) conhecimento dos responsáveis pelas decisões que afetam as formas de assistência;
- 4º) identificação das linhas formais e

e informais da comunicação e do poder; 5º) conhecimento da filosofia administrativa, auto-crítica ou participativa.

Posição (Status)

É a posição de um indivíduo em um dos níveis hierárquicos de uma organização. É a situação de prerrogativas, direitos e deveres de uma pessoa, conferida legalmente e/ou percebida por outras pessoas (King, 1981).

Posição (Status)

É a posição que cada indivíduo ocupa na organização formal e informal, como agente-objeto gerador de mudanças nas condições de saúde/doença.

Implicações para Enfermagem:

O reconhecimento do nível que as pessoas ocupam na organização faz parte do alcance de metas, desde o momento em que se inicia uma abordagem pessoal ou por escrito. A posição das pessoas nos níveis hierárquicos das organizações tem relação com a autoridade e o poder que cada um tem para tomar decisões. A enfermeira deve identificar as pessoas que têm necessidade de reconhecimento de sua posição, a fim de facilitar o relacionamento com elas no alcance de suas metas.

Poder

É a capacidade relacionada com a autoridade para aplicar os recursos nas organizações para alcançar as metas. O poder é universal porque todas as pessoas o sentem, seja como controlador de fenômenos ou como

Poder

É a capacidade de através do poder conseguido canalizar recursos para o alcance de metas em saúde-doença. É a capacidade de se desenvolver como agente crítico e participativo na gestão

CONCEITOS DE I. KING

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM

parte do fenômeno controlado. É situacional, ou seja, uma pessoa pode desfrutar de poder agora, mas perdê-lo mais adiante. Há sempre uma relação entre superior e subordinado. (Adaptado de King, 1981).

Implicações para Enfermagem:

A enfermeira identificando seu nível de poder nas organizações poderá aplicá-lo para provocar modificações nas organizações. Até pouco tempo, as enfermeiras desconheciam o poder como indivíduo e como grupo profissional. A tradicional submissão impediu até agora que as enfermeiras como coletivo influíssem sobre a efetividade da política de assistência à saúde, a nível governamental nacional, estatal e municipal. A enfermeira deve estar consciente de seu poder político na sociedade, pois através dele poderá ser respeitada e alcançar o apoio e respeito para seus clientes. O poder contribue para atingir os objetivos e a posição (status) na aceitação desse poder.

Poder Decisório:

É um processo que escolhe uma alternativa entre muitas. É a forma de dar curso a uma ação, baseada em fatos e valores para alcançar a meta. É contínuo e dinâmico na vida das pessoas, grupos e organização. King (1981).

Poder Decisório:

É o processo onde o grupo de cliente e enfermeira decidem sobre as ações a serem planejadas, organizadas e dirigidas para alcançar as metas traçadas em saúde/doença.

Implicações para Enfermagem:

A escolha de alternativas no cuidado é uma prerrogativa.

tiva diferente que o cliente conquistou no seu novo papel de participante e responsável pela sua saúde. Este poder decisório, como exercício da liberdade, por parte do ser humano, faz com que ele compartilhe de decisões e assuma seu auto-cuidado, como meta principal da educação para a saúde. Sendo assim, a maior compreensão de seus direitos e deveres do cliente e da enfermeira, facilita a ação, diminui resistências e aumenta a efetividade do cuidado a saúde e a doença.

Autoridade:

É o poder formal ou informal que as pessoas chamam a si para dirigir as atividades. Ela pode ser normal ou legal, e é inerente ao papel e a posição que o ser humano ocupa na organização, em virtude de seus conhecimentos e habilidades. É essencial para o alcance dos objetivos (King, 1981).

Autoridade:

É um processo onde a enfermeira é capaz de identificar os diferentes níveis de autoridade na organização, para levá-los em consideração ao realizar as ações do Processo de Enfermagem, beneficiando-o pelo uso dos recursos que esta autoridade de possa oferecer, conscientizando-os nos objetivos e cursos de ação para alcançar os níveis de participação solidária no alcance das metas traçadas pelo cliente. Despertá-los para o desenvolvimento de uma concepção de autoridade moral coletiva e participante na co-gestão dos assuntos da organização.

Implicações para Enfermagem:

O aproveitamento apropriado da autoridade da enfermeira numa organização, existe quando há um

CONCEITOS DE I. KING

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

processo de promoções e de estímulos para que ela e seus subordinados alcancem os melhores níveis de eficiência, compromisso moral e afetivo com o trabalho com o fim de atingir os mais altos níveis de satisfação global do cliente e do pessoal. A autoridade é uma condição indispensável para que todos possam desempenhar no seu nível, suas funções. A enfermeira com sua autoridade legal, nem sempre tem a autoridade moral, profissional e administrativa para exercê-la.

prática, algumas metas levantadas pelo próprio grupo social-laboral. Neste Sistema Social, enfermeira e comunidade-cliente ("Comunidade-cliente" - refere-se aos servidores participantes do Processo de Enfermagem), atuam de forma recíproca e conjunta para analisar a situação de saúde e doença, levantam problemas e prioridades, determinam objetivos, metas e curso de ação onde as próprias pessoas atuam, bem como avaliam os resultados desse trabalho.

Acreditou-se também, que este trabalho estaria consubstanciado na suposição de que poderia haver pessoas ou grupos interessados em interagir para modificar situações estressoras que prejudicam os desempenhos dos seus papéis (de professor e de funcionários em geral); e que dessa interação poderia surgir mais um caminho para ir ao encontro de alcance de meios para melhorar a qualidade de vida pessoal e coletiva no trabalho.

O propósito do Processo de Assistência de Enfermagem foi organizar em forma lógica, deliberada e sucessiva a aplicação de conhecimentos e habilidades da enfermeira, num tempo dado a fim de que ela e a comunidade-cliente, se percebam, se comunicassem, interagissem e transacionassem sobre a situação onde os estresses e a doença das pessoas e do ambiente, interferiam no crescimento e desenvolvimento dos servidores de um Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, prejudicando seus desempenhos e a auto-realização pessoal, bem como o alcance das metas laborais.

1. METODOLOGIA

População: Comunidade-cliente

A comunidade dos servidores do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde estava constituída por docentes, profissionais não docentes, técnicos e auxiliares, pessoal administrativo e de serviços gerais. Em termos de caracterização humana, teve-se um grupo heterogêneo de pessoas, quanto a cor, instrução, idade, sexo, nível sócio-econômico, cultura e metas funcionais pessoais, embora todos desempenhassem um papel laboral-social de relevância, o de contribuir de diferentes formas com as condições propícias ao ensino aprendizagem em cada aspecto da saúde. Entretanto, foi impossível estimar a quantificação dos servidores que seriam agentes e objetos, pois a comunidade-cliente deste estudo estaria constituída pelas pessoas que espontaneamente desejassem participar no projeto, indo ao encontro dos trabalhos agendados, após convites e divulgação das reuniões promovidas no início pela enfermeira e posteriormente por um grupo da mesma comunidade e da associação dos servidores.

Técnica empregada

- . Observação de espaço físico-geográfico-organizacional e servidores dentro da metodologia qualitativa;
- . Distribuição de questionários para todos os servidores do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde que quisessem responder (com ou sem entrevista);
- . Entrevista individual com o servidor para preenchimento do questionário, se assim o quisesse;

- . Constatação dos sinais vitais previstos no formulário de acordo com o interesse dos servidores;
- . Entrevista com o Diretor e Vice-Diretor do Centro de Ensino para preenchimento de questionário, na parte correspondente aos aspectos do Ambiente Técnico-Administrativo, do trabalho. História, filosofia e documentos legais;
- . Entrevista com Técnico da Universidade para preencher dados do Ambiente geo-físico espacial do Centro.
- . Reuniões com os servidores para discutir resultados nas diferentes etapas do Processo e recolher opiniões.

Instrumentos Aplicados: características (V. em Apêndice).

- . Composto por 178 variáveis em questões abertas e objetivas. Foi testado por colaboração espontânea de dois servidores. O levantamento dos dados corresponde a 84 servidores que espontaneamente, responderam ao questionário. O que representa uma parcela de 17,75% dos servidores, considerados como o universo do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde.

Esta amostra foi escolhida dentro dos parâmetros aleatórios não convencionais da pesquisa, pois esteve intimamente

ligada ao fato de que este levantamento de dados emanou de um processo voluntário, num trabalho participativo da enfermeira com sua comunidade-cliente, apesar do número de instrumentos distribuídos pretender atingir o total da população da comunidade do Centro de Ensino Universitário - Área Saúde.

Os dados levantados, em função dos 84 respondentes são indicadores de aproximação na maioria dos casos, especialmente naqueles que correspondem aos 50 servidores que se submetem a entrevista com a enfermeira. Para fins de estudo do universo poderão servir de guia em alguns aspectos, em outros devem ser descartados. Apesar disto, eles serviram como uma espécie de "linguagem comum" para início de um diálogo entre servidores, com graus diferentes de motivação e consciência, na área da saúde. Permitiu despertar o interesse para um trabalho futuro sobre o assunto saúde e doença, face à apresentação e análise dos mesmos pela comunidade-cliente e enfermeira

. instrumento de avaliação dos servidores

O Processo de Enfermagem e a Operacionalização dos Conceitos do Marco Teórico Segundo a Figura 2 - Representação Simbólica, página 88, entende-se que a Prática de Enfermagem na Assistência à Saúde/Doença dos Servidores de um Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, representou os conceitos selecionados, permeando todas as etapas da Metodologia do Processo. Sentiu-se que estas etapas deslizavam uma após a outra, sucedendo-se naturalmente através de um movimento sutil, onde o acontecimento de uma impulsionava o aparecimento da próxima junto as implicações conceituais ade-

quadas. Ora uns conceitos imprimiam mais fortemente sua participação no Processo, ora outros. Entretanto, todos estiveram presentes, envolvendo as pessoas e procedimentos, na dinâmica das relações e do Processo, em direção ao alcance das metas mútuas, — a saúde/doença que influenciou e foi influenciada pelas mesmas relações sociais.

A aplicação do Processo de Enfermagem na Assistência à Saúde e Doença dos Servidores do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde levantou a percepção clara sobre a dinamicidade das ações nas seis etapas desenvolvidas pelo cliente e enfermeira. (V. fig. 3 p. 70 Fluxo dinâmico do Processo de Enfermagem num Sistema Social: etapas, ações e técnicas).

Em termos estratégicos, visualiza-se uma relação entre o mundo social de fora e o de dentro. A linha interrompida externa mostra a permeabilidade dos sistemas em si e entre si. Todos recebem e emanam influências do próprio "metabolismo" social humano de cada um deles. Desta forma, cada etapa, cada ação e cada técnica da Enfermeira reveste-se sempre da característica de um renovado vir-a-ser. A intervenção não se processa de forma estática e nunca o seu saber é acabado e definitivo. Portanto, o projeto de assistência de enfermagem num sistema social não é fruto de uma técnica ou de um saber absoluto. O sistema social, como cliente e a enfermagem fazem parte de um momento histórico na vida de cada um, e como tal se renova a cada instante, comunidade-cliente e profissional, no seu processo de transformação permanente, são agentes e objeto de sua própria história.

O conhecer a realidade - nas 2a. e 3a. etapas do Processo; o discuti-la, o refazer e o avaliar na 4a. e 5a. etapas, fazem parte de uma atividade consciente, apoiada pelo saber popular e profissional, que unidos e renovados estabelecem uma linguagem comum, a ambos, no entendimento e na transformação conjunta do real, num processo crescente e irreversível de autonomia em saúde e doença.

É assim que as linhas interrompidas marcam o retorno da comunidade-cliente e enfermeira, a partir da 6a. etapa a qualquer uma das anteriores para renovar e acrescentar percepções, a respeito da realidade já estudada, tratada ou de outra nova que surja. Sendo assim, o Processo de Enfermagem é mais um meio de levar, conjuntamente, o Sistema Social a refletir e agir sobre a situação concreta que os envolve. Por tal motivo reuniu-se a seguir, algumas Referências para Avaliação, (V. APÊNDICE) que de certa forma serviram e seguirão servindo como indicadores mensuráveis da situação de saúde de pessoas no local onde se deu a Prática Assistencial, referida neste trabalho.

2. Desenvolvimento das Etapas do Processo de Enfermagem

Apresentam-se aqui as diferentes etapas, objetivos, ações e técnicas do Processo de Enfermagem. Para maior esclarecimento na figura nº 3 da página 70 sob o título "Fluxo da Dinâmica do Processo de Enfermagem no C.E.U. - Área da Saúde" aparecem em forma gráfica.

FLUXO DA DINÂMICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ENSINO UNIVERSITÁRIO-ÁREA DA SAÚDE

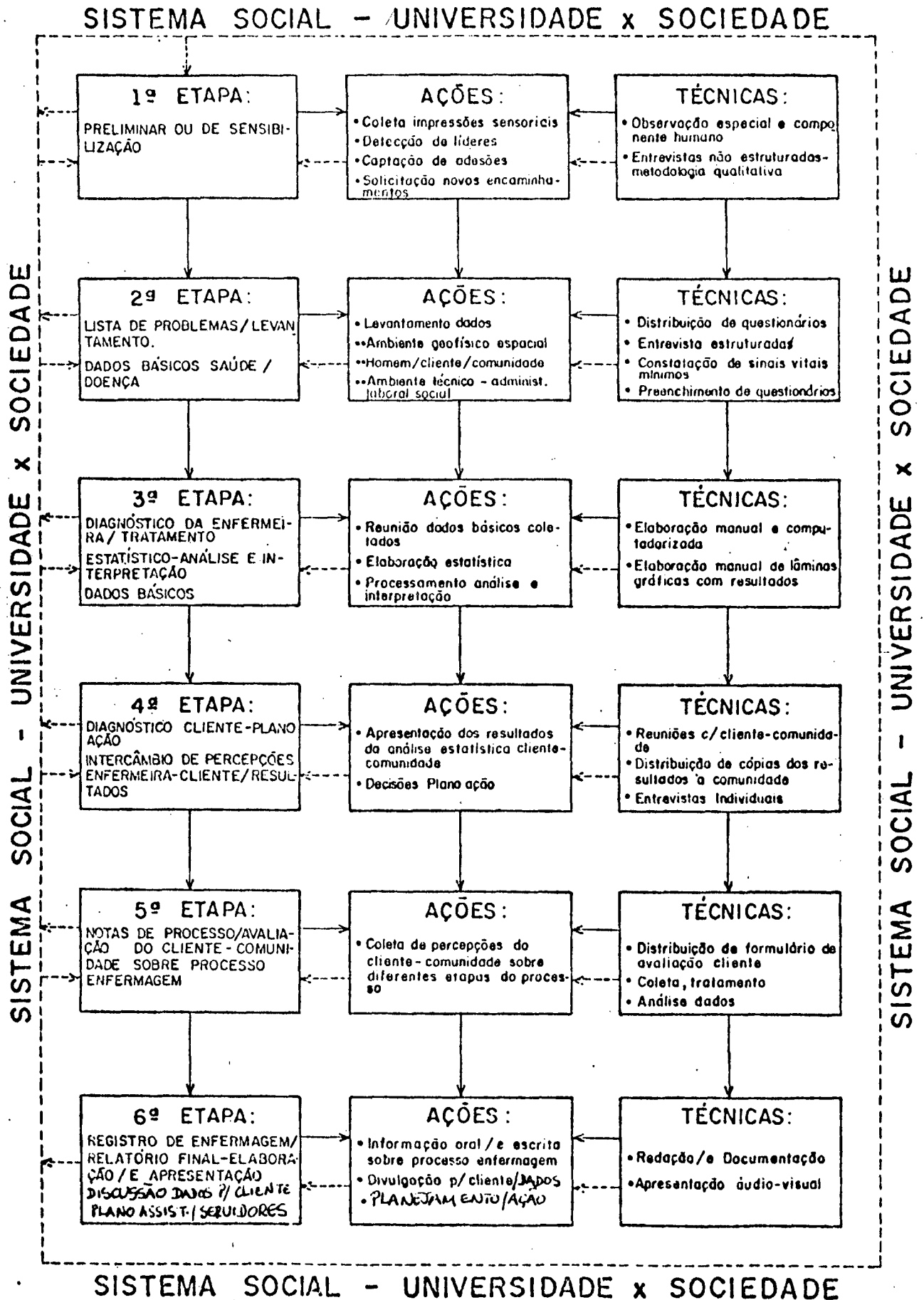


Fig.3 - Representação da dinâmica do processo de enfermagem em comunidade, segundo visão de Vecchietti (enfermeira-mestranda) 1989.

A preocupação inicial da enfermeira foi reconhecer o contexto físico-afetivo social onde a população-alvo desenvolvia suas atividades laborais e, a partir dele iniciar as constatações pertinentes sobre os possíveis fatores determinantes da saúde e doença do ambiente, do indivíduo e da comunidade do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde . Com este fim, resolveu-se construir um Banco de Dados, segundo recomendação de Imogene King. A partir de vários procedimentos buscou-se respostas para atender a esse interesse nas diferentes etapas que seguem.

- 1ª Etapa - Preliminar ou de Sensibilização.

- Objetivos:

- . Reconhecer o ambiente geo-físico espacial da comunidade-alvo e sensibilizá-la através das diversas pessoas do ambiente, a fim de conhecer, apoiar, enriquecer com opiniões o Processo de Enfermagem e promover seu encaminhamento.

- Procedimentos usados:

- . A observação e entrevistas estruturadas e não estruturadas da metodologia qualitativa; reunião proposta pelos servidores e por autoridades formais e líderes naturais.
- . Coleta de impressões sensoriais do Ambiente e preenchimento de formulário específico ;

- . Detecção de líderes naturais e oficiais para informar sobre o Processo de Enfermagem para captar anuências, rejeições, opiniões e sugestões para enriquecê-lo;
 - . Ampliação da idéia inicial da Enfermeira a partir das opiniões e sugestões surgidas na implementação desse Processo;
 - . Captação de adesões oficiais e naturais para aplicação do mesmo, com encaminhamento efeito "dominó" - de uma pessoa a outra;
 - . Solicitação de aprazamentos de novos contatos com os servidores (comunidade-cliente);
 - . Observação espacial e do componente humano do contexto externo e interno do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde;
 - . Entrevistas individuais não estruturadas com registro de dados qualitativos;
 - . Captação de dados sobre a história, filosofia e organização do sistema social do estudo.
- Conceitos aplicados:
- . enfermeira/enfermagem;
 - . homem/cliente/grupo/comunidade;
 - . papel;
 - . percepção/comunicação/interação;
 - . espaço/tempo;
 - . transação;
 - . poder/sistema social/organização/autoridade/tomada de decisão;

2ª Etapa - Levantamento dos Dados Básicos sobre Saúde e Doença dos Servidores e de seu Ambiente de Trabalho.

- Objetivos:

- . Reconhecer as características demográficas da comunidade-cliente, condições de saúde/doença, hábitos de vida e percepções sobre o ambiente como fator condicionante da situação;
- . Instalar um sistema de interação entre cliente e enfermeira através de uma "linguagem" conhecida e própria da área de ensino do citado Centro.

- Procedimentos:

- . Aplicação de questionário (questões abertas e objetivas) mediante entrevista voluntária entre enfermeira e cliente;
- . Aferição de sinais vitais mínimos;
- . Coleta de Dados sobre aspectos demográficos da população-alvo;
- . Coleta de Dados sobre a Condição de Saúde/Doença do cliente e do ambiente/espço externo e interno do Sistema Social laboral do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde.

- Conceitos aplicados:

- . Além dos conceitos empregados na etapa anterior, incluiu-se ESTRESSE/SAÚDE/DOENÇA.

- 3ª Etapa - Tratamento Estatístico, Análise e Interpretação dos Dados Básicos Coletados.

- Objetivos:

- . Trabalhar os dados coletados a fim de interpretar a situação quantitativa em saúde e doença da população-alvo e do ambiente, bem como as características demográficas do sistema social do Centro deste estudo, para que a enfermeira e o cliente construíssem indicadores referenciais para a discussão e elaboração de um Plano de Ação;
- . Permitir a enfermeira e cliente identificação de fenômenos da saúde e doença ocorridos no ambiente de trabalho, encontrar seus prováveis determinantes, estabelecer prioridades, objetivos, metas e um plano de ação para assistência de enfermagem, num processo participativo, para construir a Lista de Problemas, segundo King (1981).
- . Despertar motivação e um certo grau de consciência dos servidores frente a sua própria problemática, a fim de mobilizar a comunidade neste processo.

- Procedimentos usados:

- . Análise crítica subjetiva dos resultados constatados nos questionários (validade, exatidão, confiabilidade, seriedade);
- . Desenho de tabelas manuais simples e cruzadas;
- . Transcrição dos dados dos questionários para fonte coletora (tabelas);

- . Análise crítica da adequação da fonte coletora;
 - . Reformulação para atender objetivos do Processo;
 - . Preparação e manipulação dos dados coletados através do computador;
 - . Análise dos resultados obtidos;
 - . Elaboração manual de representações gráficas em lâminas;
 - . Reuniões mediante convites individuais, avisos-murais no Centro, urna para sugestões e perguntas;
 - . Distribuição de cópias xerox dos Dados obtidos para cada Departamento poder discutí-los;
 - . Entrevistas individuais com os servidores para estimular participação.
- Conceitos aplicados:
- . Os mesmos da 1ª e 2ª etapas.
- 4ª Etapa - Intercâmbio de Percepções sobre a Análise e Interpretação dos Dados Básicos Levantados.
- Objetivos:
- . Apresentação das lâminas - transparências com os dados estatísticos, a fim de serem analisados criticamente, pela comunidade-cliente e enfermeira e, em consequência definir problemas da situação de saúde e doença, prioridades, recursos, dificuldades, métodos e calendário de atividades, responsáveis num Plano de Ação, assumido pelos próprios servidores-cliente.

- Procedimentos usados:

- . Entrevista com líderes naturais e oficiais para planejar os encontros com a comunidade-cliente;
- . Reuniões com servidores, líderes oficiais e naturais para apresentação de lâminas com dados estatísticos sobre todos os dados coletados para despertar consciência crítica sobre eles;
- . Apresentação dos resultados obtidos para os servidores do Centro, respondentes ou não, para mobilizar interesse na ação participativa da assistência no Diagnóstico e Implementação do Processo de Assistência;
- . Enfrentamento junto com a clientela, das decisões para um Plano de Ação, definir prioridades, objetivos, recursos, metas e responsáveis;
- . Síntese sobre determinações do cliente a respeito das ações - compromisso, frente a assistência da situação saúde e doença conhecida.
- . Distribuição de conjuntos de cópias reprográficas das lâminas transparentes a cada Departamento do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, a fim de que fossem amplamente discutidas, por docentes e não docentes, com o objetivo de contribuir nas reuniões e/ou colocar suas críticas e sugestões;
- . Urna em local de acesso obrigatório no Centro para recolher críticas e sugestões;
- . Encontro final para conclusões e decisões sobre as definições inerentes na elaboração do Plano de Ação, assumido pelos servidores, em caráter voluntário.

- Conceitos aplicados:
 - . HOMEM/CLIENTE/GRUPO/COMUNIDADE
 - . ENFERMEIRA/ENFERMAGEM
 - . PERCEPÇÃO/COMUNIDADE/INTERAÇÃO
 - . PAPEL/ TRANSAÇÃO/TEMPO/ESPAÇO
 - . SAÚDE/DOENÇA/ESTRESSE.

- 5ª Etapa - Avaliação do cliente sobre o Processo de Enfermagem.

- Objetivos:
 - . Processar a avaliação da comunidade-cliente e da enfermeira, através da análise das NOTAS DE PROCESSO, segundo King (1981);
 - . Conhecer criticamente a percepção dos servidores-respondentes frente as diferentes etapas do Processo e o desempenho da Enfermeira;
 - . Identificar aspectos do Processo e da conduta da Enfermeira que devem ser melhor trabalhados e aqueles que se justificam ser estimulados;
 - . Incentivar dentro do grupo social as necessidades construtivas da crítica e através dela constatar a validade das ações desenvolvidas.

- Procedimentos usados: (Verbal e escrito)
 - . Reuniões (oito) e Entrevistas tanto com servidores-respondentes como com líderes para esclarecer e recolher opiniões sobre o desenvolvimento das etapas do Processo de Enfermagem;

- . Aplicação e levantamento quali-quantitativo de um instrumento (V. Relatório Final, Volume II, (Apêndice e p. 1 - 9). Avaliação da Assistência de Enfermagem à saúde e Doença dos Servidores do CEU.")
 - . Recolhimento, computação manual e análise dos resultados obtidos nos dados do formulário para tal fim.
- Conceitos aplicados:
- . enfermeira/enfermagem;
 - . homem/cliente/grupo/comunidade;
 - . papel;
 - . percepção/comunicação/interação;
 - . espaço/tempo/saúde/doença.
- 6ª Etapa - Elaboração do Relatório Final da Prática Assistencial. Apresentação Final.
- Objetivos:
- . Dar a conhecer oficialmente os resultados obtidos frente a implementação do Processo de Enfermagem segundo o Marco Teórico de Imogene King; em todas suas etapas;
 - . Permitir a análise crítica do cliente frente ao desempenho da Enfermeira numa situação teórico-prática de Enfermagem Comunitária, através do Processo Participativo;
 - . Elaboração de um Relatório escrito documentado;
 - . Apresentação ao grupo de servidores interessados em discutí-lo para compor um Plano de Ação como

prossequimento do processo desenvolvido até o momento.

- Conceitos aplicados:

- . ENFERMEIRA/ENFERMAGEM
- . COMUNICAÇÃO/INTERAÇÃO
- . PERCEPÇÃO/PAPEL/TEMPO
- . HOMEM/CLIENTE/GRUPO/COMUNIDADE
- . TRANSAÇÃO/ESPAÇO.

CAPÍTULO VI

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

1. O MECANISMO DE AÇÃO DOS CONCEITOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Tentar-se-á explicar o mecanismo de ação dos conceitos relacionados como guias deste estudo, de acordo ao enfoque Teórico de Imogene King e a percepção da enfermeira, autora deste trabalho na - Representação Gráfica do Mecanismo de Ação dos Conceitos de I. King, na Prática Assistencial de Enfermagem nos Sistemas Sociais 1989 - V. Fig 1 p. 81.

Imogene King apresenta uma série de conceitos principais como o ser humano, o ambiente, a saúde e a sociedade, vinculados aos sistemas pessoal, interpessoal e social propriamente dito. Dentro de cada um destes sistemas alguns conceitos foram selecionados:

- a percepção, a comunicação, a interação, o estresse, a doença, o tempo, o papel e a transação, para explicarem a dinâmica que os envolve no alcance das metas mútuas de enfermeira e cliente.

Para fins desta Prática Assistencial foram utilizados

aqueles conceitos que explicam mais os sistema pessoal e interpessoal. Estes abordam as questões centrais da interação entre enfermeira, cliente e natureza para alcançarem significados mútuos e metas comuns, e particularmente explicam o porque da indispensabilidade do envolvimento do cliente na prática assistencial participativa. Sendo assim, este marco aplica-se tão somente em situações onde ambos enfermeira e cliente estejam conscientes de seus papéis no intercâmbio de percepções, necessidades, valores e no alcance da saúde, como meta principal.

A premissa básica teórica de King é que a interrelação da enfermeira-cliente e ambiente, é resultado da ação e reação, através das dinâmicas da percepção, da comunicação, da interação e da transação, na busca do alcance de meta.

Por isto, foram agrupados os conceitos seleccionados segundo a forma como eles se relacionam com os objetivos da ação, ou seja de acordo ao exemplo evidenciado na Representação gráfica - Figura 1, p. 81.

- a) Conceitos de ação são: enfermeira/homem/grupo/cliente/comunidade/enfermagem/espaco/ambiente interno e externo.
- b) Conceitos de relação intelectual e comportamental são: percepção/comunicação/interação.
- c) Conceitos de constatação de causas e efeitos são: estresse/doença.
- d) Conceitos de meta são: transação/tempo/papel/saúde.

MECANISMOS DE AÇÃO DOS CONCEITOS DE IMOGENE KING
 NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

SISTEMAS SOCIAIS

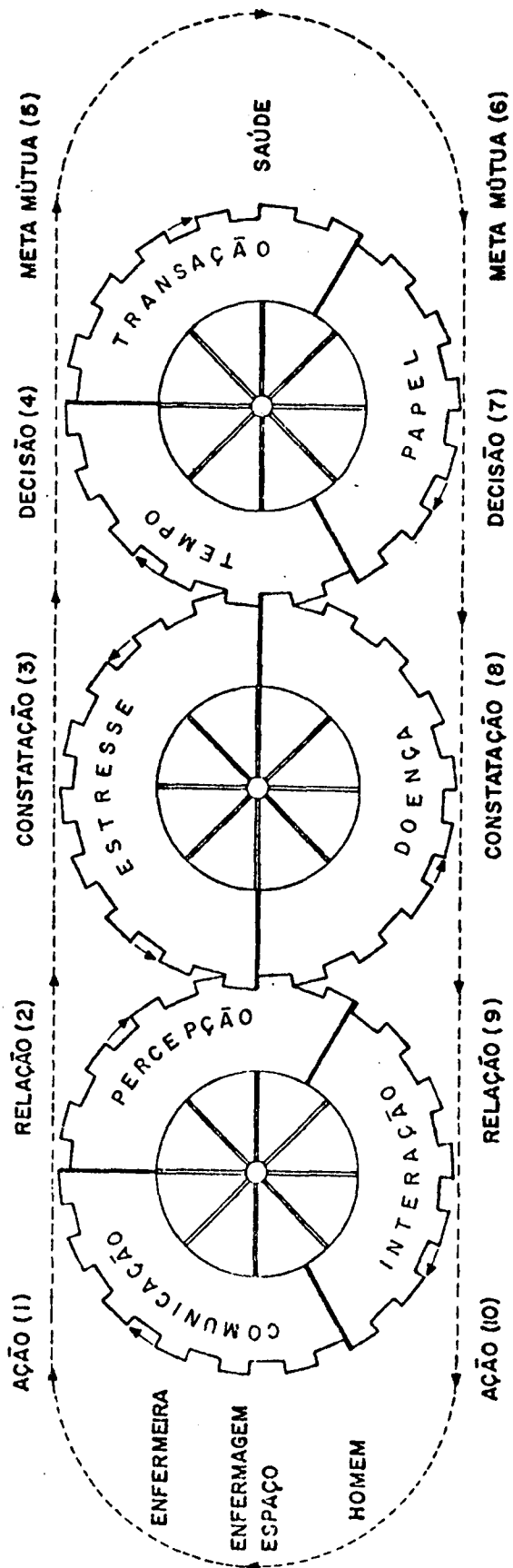


Fig. 1 - Representação gráfica da ampliação de alguns conceitos de I. King no sistema social da prática assistencial, segundo visão de Vecchietti (enfermeira-mestranda), 1989.

A representação gráfica figura nº 1 apresenta um trecho de um percurso sem fim, cujo encadeamento e movimento simbolizam a dinâmica das relações humanas nos sistemas sociais, pessoal, interpessoal e social em suas dez (10) diferentes fases, segundo percepção da enfermeira em questão:

- * Fase 1 e 2: de ação e relação
- * Fase 3 : de constatação
- * Fase 4 : de decisão
- * Fase 5 e 6: de meta mútua inicial e meta mútua seguinte
- * Fase 7 e 8: de decisão seguinte e constatação
- * Fase 9 e 10: de relação e ação seguinte.

Cada uma das três rodas denteadas que conformam a unidade básica funcional da interação nos sistemas sociais é enlaçada, ficticiamente, por uma "correia impulsora" que as mantém energizadas, fazendo com que cada roda receba um impulso da anterior e, esta por sua vez impulsiona a seguinte, num circuito sem fim. A fonte dessa energia é a interação dos seres humanos, nos sistemas sociais. Ela já existe no interior das pessoas, entretanto é intensificada ou diminuída; a medida que recebe energia do exterior, ela cresce e, quando fornece, decresce a semelhança dos princípios da física quando falam de energia interna e energia radiante.

No exemplo particular, cada roda denteada corresponde a uma fase da dinâmica das relações humanas, através da aplicação dos conceitos de I. King (1981) nos Sistemas Sociais.

Análise das fases do Mecanismo de Ação, visto através dos Conceitos de Imogene King e das etapas da Prática Assistencial numa forma interrelacionada.

FASE 1 e 2: À ação (1) e à relação (2) cabem os conceitos de percepção, comunicação e interação nos três sistemas pessoais, o pessoal, o interpessoal e o social. Entende-se que Percepção é a representação da realidade de cada ser humano. É uma consciência de pessoas, objetos e acontecimentos. A percepção relaciona-se com experiências passadas, com o conceito do "eu", com a herança biológica, os antecedentes educativos e com o grupo sócio-econômico de origem da pessoa. (King, 1984).

Comunicação: é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os indivíduos, sendo eficaz quando atende as necessidades básicas de reconhecimento, participação e auto-realização, no contato direto com as pessoas (King, 1984).

Interação humana: é o intercâmbio de percepções, julgamentos e processo de ação e reação do indivíduo consigo mesmo e entre os indivíduos, influenciado pelo conhecimento, necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências passadas e atuais. (King, 1984).

Na dinâmica do Processo de Enfermagem (V. Fig. 3 p.70) esta fase 1 e 2, representa a primeira etapa da Prática As-

sistencial de Enfermagem, como processo participativo. Esta, chamada de Preliminar ou de Sensibilização visa coletar impressões sensoriais, detectar líderes, captar adesões e solicitar à comunidade-cliente novos encaminhamentos.

A fase 3, que identifica e compreende os fenômenos e seus determinantes através da constatação (3) de estresse e doença. King (1984) entende que estresse é um componente essencial na vida, que não está limitado por tempo e lugar; é observado em plantas, animais, seres humanos e em todas as partes. A esfera do estresse consiste em qualquer acontecimento no qual as pressões do meio interno ou externo, ou ambos preocupam ou sobrepassam os recursos de adaptação de um indivíduo, num sistema social, modificando-o para melhor ou para pior. Doença, é uma desviação do normal ou falta de equilíbrio na estrutura biológica, psicológica e social de uma pessoa e pode surgir em consequência do estresse.

Esta fase 3, do mecanismo conceitual corresponde a 2ª Etapa da dinâmica do processo de Enfermagem posto em prática ao levantamento de dados sobre o ambiente geofísico-espacial e laboral bem como sobre o Homem/Cliente/Comunidade. Neste momento, constata-se ou se lista os problemas, os estresses e os dados sobre saúde e doença da comunidade-cliente no espaço compreendido pelo Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde. Desta forma, aplicam-se os conceitos que permeiam todo o processo, do início ao fim:

Homem/Cliente/Comunidade, representados aqui por diante pela Comunidade-cliente e enfermeira. King (1984) os

define como seres sociais, conscientes, racionais que percebem, reagem com um propósito, orientados para a ação e no tempo e no espaço. Espaço é o componente essencial de um marco de sistemas abertos. É a área física pessoal, psicológica, social, cultural, econômico, político, laboral onde as relações das pessoas se dão.

FASE 4 e 5 - A partir da constatação (3), do mecanismo de ação dos Conceitos, a comunidade-cliente e enfermeira tomam a decisão sobre o que fazer com os dados levantados, estabelecem prioridades, objetivos, metas, tipo de ação, papel de cada um numa forma conjunta e recíproca. Surge neste momento, a transação, ou seja, decisões solidárias sobre como assistir os problemas levantados, num Tempo dado.

King (1984) conceitua papel "(role)" o que identifica o "eu" em relação a outro "eu", nas relações interativas e os modos de se comunicarem para cada um atingir as metas conjuntas. Transação é o intercâmbio de idéias e ações cooperativas, quando os indivíduos interatuam em forma recíproca, ou seja, quando se põem de acordo para alcançar fins comuns. Tempo não é somente a ordem sucessiva de acontecimentos, mas também a duração experimentada por cada pessoa. É relativo, durável e mensurável fisicamente, mas também subjetivo e irreversível. São estes conceitos envolvidos na Fase 4 e 5.

Em concordância com a 3ª Etapa da dinâmica da assistência de Enfermagem onde Enfermeira e comunidade-cliente unem os dados básicos coletados, elaboram estatisticamente e desenvolvem o processo de análise e interpretação dos mesmos

para tomarem na 4ª Etapa as decisões para a Plano de Ação , numa transação ou acordo conjunto participativo para ambos para atingir a meta mútua, representada pela SAÚDE.

FASE 6 e 7: Nesta altura, a ação mútua deverá ser processada por diferentes métodos e técnicas na área da assistência ao estresse e doença. Sabe-se que em comunidade-cliente apresentam-se diversidades físico-psicológico-biológico-social-econômica-culturais educacionais, portanto o alcance de metas tem graduações variáveis no tempo. Desta forma a cada meta total ou parcial atingida processa-se, uma nova meta mútua (6) e uma nova decisão (7), frente ao papel, tempo e transação, face à constatação nova (8), numa nova relação (9) para decidirem um novo plano de ação(10). Assim o circuito se refaz ininterruptamente. Entende-se desta forma, visto que para King (1984) SAÚDE é o "estado resultante de experiências dinâmicas na vida de um ser humano, o qual implica contínuos ajustes a tensões do ambiente interno e externo, através do aproveitamento ótimo dos recursos das pessoas, para alcançarem o potencial na vida diária".

A esta Fase 6 e 7, correspondem a 5ª e 6ª etapas da dinâmica do processo assistencial de Enfermagem, onde se dão as ações de coleta de percepções do cliente-comunidade e enfermeira sobre as diferentes etapas do processo, avaliam, replanejam e voltam novamente a ação. Este processamento de assistência participativo de enfermagem à comunidade-cliente, expressa-se na Fig. 1 aplicando-se os conceitos de I. King e, na Fig. 3 como Fluxo da dinâmica das etapas do Processo.

É um processo aberto, de "ir-e-vir", de um "nunca aca-

bar" num mecanismo sem fim, representada pela linha interrompida com setas que pretende dar esta visão.

Desta forma consegue-se visualizar o que King (1984) indica, quando fala da aplicação de conceitos selecionados, para compreender a dinâmica complexa da conduta humana, num sistema aberto. A meta da enfermagem é ajudar aos indivíduos e grupos a alcançar a saúde, conservá-la, restaurá-la ou pelo menos permitir a morte com dignidade. Para isto, a autora entende que cada sistema dinâmico de interação é estudado particularmente, dando mais ênfase ao uso de alguns conceitos que outros, muito embora a relação humana num sistema social ou outro não exime a nenhum dos que fazem parte do marco conceitual como um todo. Não obstante a este fato, sente-se, subjetivamente, que a intensidade e profundidade na aplicação de um conceito é maior ou menor, segundo as diferentes fases de exigência do conhecimento implicado e da fase do desenvolvimento do estudo e da etapa da assistência de enfermagem. (V. Fig. 2 - Representação figurativa do Processo de Enfermagem - Operacionalização dos conceitos do Marco Teórico - 1989) p. 88. Aqui vê-se os conceitos envolvidos numa espiral ascendente pela dinamicidade impressa por eles e pela sucessão das etapas da assistência de enfermagem, num efeito crescente e permanente próprio do processo participativo comunitário. De certa forma se assemelha a representação da Fig. 1 p. 81. Da mesma maneira, sente-se que todos os conceitos permeiam todas as etapas do Processo, numa forma deslizante, sucedendo-se uma após a outra, através naturalmente de um movimento sutil, de espiral nas relações humanas onde cada ação e reação impulsiona o aparecimento de nova ação e reação.

PROCESSO DE ENFERMAGEM
OPERACIONALIZAÇÃO DOS CONCEITOS DO MARCO TEÓRICO

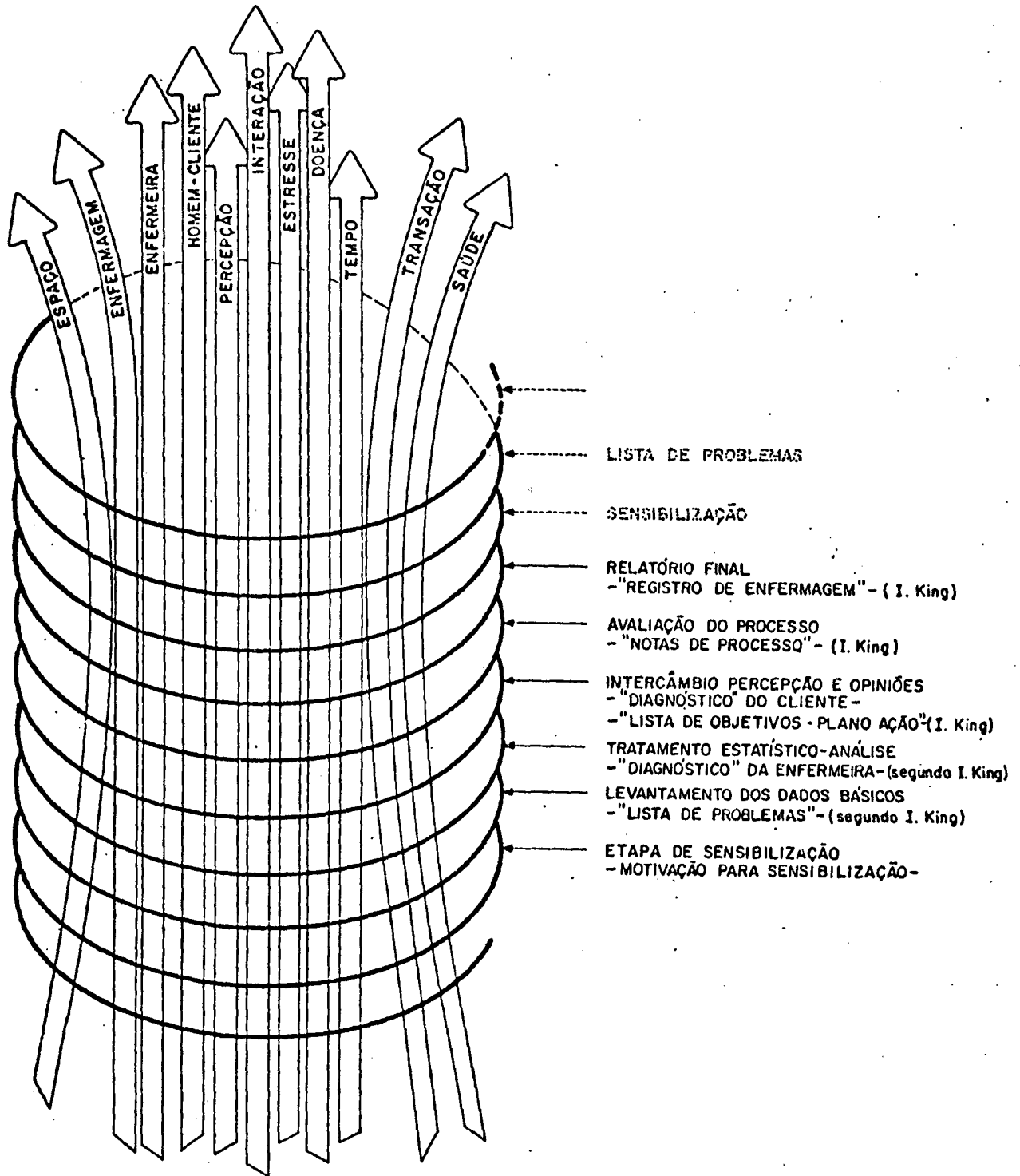


Fig. 2 -- Representação simbólica da operacionalização dos conceitos teóricos de Imogene King selecionados para a ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE / DOENÇA DOS SERVIDORES DO CENTRO DE ENSINO UNIVERSITÁRIO - ÁREA DA SAÚDE. - , segundo visão da enfermeira-mestranda. (Vecchietti, 1989).

2. ANÁLISE DA APLICAÇÃO CONCEITUAL

Apresentou-se nesse capítulo a relação dinâmica dos conceitos teóricos do marco em King, vinculados à descrição operacional das etapas do Processo de Enfermagem implementado. A partir de agora, visualizar-se-á a maneira através da qual cada conceito se adequou à situação de estudo, ou de como ele necessitou ser adaptado para dar sustentação a cada passo metodológico empregado. Em consideração ao enriquecimento do trabalho, incluiu-se quando necessário, a visão teórica de outros autores, sem menoscar a decisiva participação de King. Esta teoria orientou não tão somente a aplicação dos conceitos do seu marco, mas também a busca daqueles outros que contribuíram em forma complementar. Desta forma, julga-se que no entendimento da autora King houve a intenção de permitir a mais variada aplicação de conceitos para compreensão dos Sistemas Sociais. Apesar disto, em suas citações bibliográficas não há referência explícita e exemplificações dessa variedade. A autora trabalha muito com situações de doentes, principalmente hospitalizados, circunstâncias bem distantes deste estudo que explora o homem supostamente sadio numa comunidade como cliente que decide, participa e avalia individual e coletivamente.

No caso deste estudo, fêz-se aproximações sucessivas no uso dos conceitos, a fim de aplicá-los nesta situação específica - a comunitária - num processo participativo de assistência a Saúde e Doença de um Sistema Social-laboral de Ensino em Saúde. Para facilitar então o entendimento do leitor far-se-á, a seguir uma apresentação das dificuldades e

facilidades encontradas pela enfermeira na aplicação dos Conceitos desse marco, segundo as etapas correlatas do Processo de Enfermagem.

Dificuldades e facilidades na aplicação dos conceitos de King

A intervenção da enfermeira deu-se nos diferentes momentos do Processo de Enfermagem, desde sua construção até a consecução de sua última etapa, à luz dos conceitos de Imogene King. Desta maneira, fundamentou-se teoricamente a proposta de trabalho com os sistemas sociais.

Na 1ª e 2ª etapas do Processo de Enfermagem, notou-se que o AMBIENTE deu respostas à conceitualização em forma positiva, confirmando as pressuposições pré-estabelecidas, particularmente no que se refere ao Espaço. Segundo King, pode-se falar em Espaço Físico (objetivo) e o social/psicológico/administrativo (subjetivo) que revela papel e posição social numa organização como o que estabelece privacidade, identidade pessoal, distância psicológica, de comunicação; e o dimensional que normalmente está ligado a hierarquia. Tanto maior o espaço, mais elevada a posição. Num espaço limitado, as experiências pessoais também são limitadas. O espaço pode explicar os temores, as tensões, as alegrias, os prazeres ou as ansiedades das pessoas. Estas afirmações teóricas estão avaliadas na prática da enfermeira-mestranda e nas percepções dos servidores quando questionados sobre o ambiente externo e interno do Centro de Ensino (V., Relatório Final - Volume II - Apêndice C - p. 13 a 15 e 16 - Tabelas 6 a 8 e 10). O espaço transacional está baseado em como as pessoas

perceberam a situação, e como as dimensões que distanciaram as pessoas aumentaram suas diferenças interpessoais (V. Relatório Final - Volume II - Apêndice C - p. 19 - Tabela 9). Pode-se exemplificar o uso do ESPAÇO, através das reuniões entre professores e alunos, as Reuniões do Conselho Departamental, as reuniões entre autoridades oficiais e demais funcionários, o estacionamento de carros para professores e alunos entre outros exemplos, ainda que, aparentemente estejam justificadas por questões funcionais.

Assim, o espaço que corresponde a identidade pessoal e a social está relacionado com a forma que os indivíduos e o grupo social defendem sua própria integridade como sistema. No centro, ao qual este estudo se refere, vê-se como certos grupos profissionais delimitam claramente seus espaços, e como outros, preferem defendê-los fora do centro, como espaço comum de outros profissionais da mesma área de ensino e do saber. Estas formas de uso do espaço denotam à primeira vista, uma forma de manter a hegemonia de umas classes profissionais sobre outras, ou de umas classes sociais sobre outras. Sendo assim, coube a indagação: Será que a própria planta física do centro não favorece a este tipo de uso do espaço? Uma outra pergunta, será que até na planta física de um Centro de Ensino revela-se uma ideologia sócio-política, na determinação de classes sociais e profissionais? Como pretender sanear, em profundidade estes determinantes de saúde e doença já que se sabe que o uso de bom espaço condiciona saúde e o mau, doença? o direito à saúde é privilégio de algumas classes sociais? ou profissionais? já que as evidências no Centro insinuam estas interrogações (Ver Relatório Final - Volume II - p. 39-40-41 - Qua-

dros 14, 15 e 16).

Como já foi dito em outro capítulo, a "sensibilização" da provável comunidade-cliente foi realizada através de entrevistas não estruturadas, com um mecanismo encadeado de encaminhamento - efeito dominó - entre os servidores, na busca de detectar líderes oficiais e informais, bem como recolher opiniões, conquistar adesões, enriquecer e aprovar o Projeto Preliminar, pela grande maioria.

Entre os conceitos usados já mencionados, o que mais se evidenciou foi o da interação humana interpessoal. O objetivo da enfermeira ao contatar com os servidores neste período, estava pré-determinado, enquanto que o dos servidores não, provavelmente. Apesar disto, em razão de que os valores, os interesses e aspirações em saúde e doença não fossem os mesmos ou similares, chegou-se a despertar a percepção, compreensão e colaboração para alcançar os objetivos de cada etapa do projeto apresentado, numa perspectiva de transação.

Por isto é que King (1981) fala que os conceitos básicos nas interações são a percepção, a comunicação e a transação. Assim as percepções, os julgamentos, ações e reações dos seres humanos determinam as transações que serão únicas e particulares a cada situação. Os servidores respondentes e a enfermeira, de acordo a suas experiências passadas e a suas consciências de presente, tentaram ser capazes de prever algumas ações do futuro. Comunicaram-se através de um código verbal social e profissional para alcançarem intercâmbios de sensações, opiniões, emoções e até de metas possíveis mútuas futuras. Desta forma, os servidores respondentes

e enfermeira partícipes do mesmo sistema social, como seres humanos e sociais conscientes percebiam e mediante uma linguagem com diferentes símbolos, comunicavam pensamentos, ações, costumes e crenças. Buscavam então características comuns e únicas em sua capacidade de perceber, selecionar alternativas entre os diferentes cursos de ação, fixar objetivos e meios para alcançá-los e tomar decisões para a participação no processo de assistência à saúde e doença. Os teóricos Yttleson e Cantril (1954) apud King (1981), referem que a perspectiva de homem-ambiente se dá quando todos os indivíduos são participantes ativos de uma interação onde afeta sua identidade.

Para executar a terceira fase desta etapa utilizou-se da entrevista estruturada, onde Diretor e Vice-Diretora do Centro de Ensino de referência ofereceram os registros sobre a organização técnico-administrativa e legal do mesmo, consubstanciadas na informação expressa no Relatório Final, Volume II, p. 20 e 21-22.

Sobressai nessa intervenção da enfermeira-mestranda a coincidência de interesses com o Diretor e Vice-Diretora, pois ambos em etapa anterior e desconhecida previamente pela enfermeira tinham a intenção de propiciar aos servidores a oportunidade de atender suas aspirações prioritárias. Para tanto, realizaram uma sondagem de opiniões, para que as respostas de maior significado numérico fossem contempladas na programação daquelas chefias. Muito embora somente 71 responderam, perfazendo 53% do grupo de servidores não-docentes, a quem foi dirigida, foi significativa a variedade de suges-

tões. (V. Relatório Final, Volume II, p. 12). Apesar disto estavam elas ainda em etapa de estudo por parte das autoridades oficiais do Centro, quando se aplicou o Projeto de Prática assistencial, motivo desta análise.

Segundo King (1984) os indivíduos são seres orientados no tempo, atuam segundo suas experiências pessoais, suas percepções e julgamentos determinando a qualidade das transações. As percepções, os interesses, expectativas e necessidades condicionam a forma com que os indivíduos interagem para formular seus planos e metas.

Desta forma, a PERCEPÇÃO sobre os similares valores de vida e trabalho favoreceria o desempenho do PAPEL da enfermeira e das autoridades do Centro. O estabelecimento de metas mútuas foram alcançadas no decorrer do TEMPO, através de INTERAÇÕES sucessivas e TRANSAÇÕES múltiplas que ocorreram de outras que virão para tornar possível, à seqüência do trabalho dos servidores para o alcance da META MAIOR E MAIS ABRANGENTE NO SISTEMA SOCIAL.

Esta pretensão da enfermeira prestar serviço à comunidade e através desta Prática Assistencial, dar um passo mais a frente para consubstanciar também, as aspirações das chefias do Centro apoiou-se em King (1984) quando diz que as transações ocorrem dentro do sistema de interação, onde há intercâmbio de coisas valiosas entre dois ou mais indivíduos, a fim de conferir poder, negociar e promover mudanças sociais numa ação cooperativa e recíproca. A transação implica em que os fatores da situação entram nela como partici

pantes ativos, sendo sua razão de ser, não aparecendo como entidade já existente, que meramente atua com cada um, mas sim que esta transação afeta sua própria identidade pela forma que intervem na situação particular, influenciando em percepções, julgamentos e condutas dos indivíduos.

O homem/grupo/comunidade chamam-se no conceito de King (1981) sistema pessoal, sistema interpessoal e sistema social, respectivamente. Sendo assim, os sistemas sociais são abertos e formados por seres humanos que atuam consigo mesmo, com outro ser humano e com o ambiente. O sistema pessoal caracteriza-se pela inclusão dos conceitos que tratam da percepção, do "eu" (self), da imagem corporal, de crescimento e desenvolvimento, de tempo e de espaço. Assim a enfermeira e cada indivíduo da comunidade-cliente age e reage cada um por si, como tal. Entretanto, quando ambos interagem a enfermeira acrescenta o conceito de papel em razão da sua intervenção no cuidado de saúde e doença do cliente e do espaço laboral. Ela dinamiza seu papel em função da dinâmica do papel da comunidade-cliente, assim então o comportamento interpessoal realiza-se dentro dos conceitos de interação, comunicação, estresse, saúde e doença.

Por algumas evidências, pela conceituação comum de "saúde" na comunidade-cliente e a priorização dos problemas levantados, constatou-se que a percepção da enfermeira discordava com a do cliente, na maioria das vezes. Coube à enfermeira cumprir o seu papel, sem nova busca conceitual para ajudar aos servidores perceberem, a saúde como um bem inalienável do homem e valor prioritário da sociedade que se conquista, e não como uma concessão de origem discutível.

O conceito de "saúde" varia segundo as culturas. Entretanto, o que é comum em todas elas é o fato de que "cada ser humano realiza atividades diárias de tal maneira, que leve uma vida útil, satisfatória, produtiva e feliz" de acordo aos autores Gesell (1952), Erikson (1950) e Kaluger (1974), King (1981) define saúde como o resultado das experiências dinâmicas na vida de um ser humano, a qual implica em contínuos ajustamentos às tensões do ambiente interno e externo, decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento nas diferentes etapas do ciclo vital e, segundo o padrão e a qualidade de vida, bem como da classe social a que pertence. Para Dubos (1961) apud King (1981) a saúde é a adaptação dos seres humanos ao seu ambiente total, o qual está sempre mudando. O autor segue dizendo, que é quase incompatível no processo de vida, estar livre das lutas, dos problemas e da doença. Talvez seja esta, entre outras, mais uma razão pela qual a comunidade-cliente deste estudo, freqüentemente fale de saúde, relacionando-a exclusivamente à doença. Acredita-se também, que além dessa justificativa exista a relacionada com a deformação conceitual pela tradição profissional e popular, pelas freqüentes citações literárias a respeito, pelos pretensos Programas de Educação para a Saúde e até mesmo pelas próprias filosofias impressas no ensino e na área oficial do sistema de saúde (V. Relatório Final, Volume II, Apêndice C, p. 42, Tabela 33; p. 25, Quadro 3).

Entendeu-se que o SISTEMA SOCIAL em questão estaria estruturado para dar respostas ao ensino-aprendizagem na Área de SAÚDE, sua finalidade mesmo dentro de um consenso coerente

te com os objetivos, filosofia e metodologia institucionais. Entretanto, apesar dos dados coletados (V. Relatório Final , Volume II), p. 22 não foram encontrados indícios dessa identificação conceitual e de valor entre os servidores respondentes. Nos diálogos da enfermeira com a comunidade-cliente, apesar das exceções, eram freqüentes os desencontros quanto aos conceitos saúde, comunidade e determinantes causais da doença, além dos mecanismos de intervenção na situação de saúde e doença e objetivos a serem alcançados pelos servidores no Plano de Ação, como prosseguimento da ação da enfermeira. Parecia até que a maioria dos servidores estava atrelada a um discurso sobre "saúde", ainda que propusesse ações relacionadas com o assistir a doentes e doenças desvinculados do ambiente/espço físico, laboral e do sistema sócio-afetivo-cultural. Haviam reiteradas referências a atenção biopsicossocial, mas quando havia propostas para o Plano de Ação, elas se definiam por atividades no atendimento de sinais e sintomas ou patologias dentro de uma postura monocausal, num modelo tradicional biomédico. Exemplo concreto dessa situação está na própria estrutura funcional do Centro de Ensino Universitário - área saúde e do Hospital Universitário, como campos oficiais de teoria e prática da Universidade de referência, que pretende oferecer uma Atenção Primária em Saúde, quando na realidade ensina a assistência a doentes sem conotações práticas dessa filosofia, segundo Regimento do C.E.U., viu-se que esta concepção de assistência a saúde e doença está, também tão arraigada no próprio contexto do Centro de Ensino, que ao tentar encontrar alternativas para as medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, normalmente não as buscavam dentro do próprio Centro, nem sequer na prevenção, as razões mais significativas das interações estressantes negativas do

ambiente.

Não se contradiz a importância e a indispensabilidade de tratar os doentes, mas este aspecto, não é mais importante que cortar a cadeia desencadeadora de estresses negativos e doenças em suas fontes de origem. Para King (1984) a doença é um desvio do normal, a falta de equilíbrio na estrutura biológica e psicológica no conflito nas relações sociais, cujos determinantes estão enraizados no momento e local político, econômico-social, cultural, laboral e físico do trabalho.

Esta situação representa com frequência uma questão intocável oficialmente no ensino e na área de saúde, e se reproduz no tempo e no espaço do âmbito universitário da região sul do país. Apesar de não haver estudos específicos sobre o assunto no Centro de referência, aventura-se a crer que um dos principais determinantes desta definição, é a falta de decisão política de governo dos sistemas educacional e de saúde, para atender a realidade concreta de 90% da saúde população brasileira, apesar dos discursos oficiais a respeito.

Neste aspecto, apesar da intencionalidade da enfermeira, e ela não estava instrumentalizada politicamente o suficiente para a abordagem focal da desmotivação. Nem sempre os encaminhamentos dados por ela, levaram a comunidade-cliente a uma discussão mais profunda. Deu-se conta então, de buscar novos caminhos para o despertar progressivo de outros níveis de consciência conceitual e métodos para o trabalho coletivo. Os convites da enfermeira, individuais e coletivos provocaram aproximações sucessivas ao Grupo de Trabalho para elaboração do Plano de Ação, levaram a um certo grau de interesse, persistência e variação de estímulo no diálogo e busca de novos conceitos para a explicação de situações diferen-

tes, nos movimentos sociais. Entendendo-se que desta forma os grupos do Centro de Ensino Universitário - área da saúde se organizariam para superarem os fatores determinantes da política de ensino e prática da assistência, através de uma discussão e proposta filosófica e metodológica diferente da atenção à saúde e à doença de acordo aos requerimentos da sociedade atual.

No sistema social maior, forças internas e externas atuam na comunidade-cliente como na enfermeira-mestranda. Foi necessário então selecionar o elenco de condutas para o desempenho de suas funções. O nível de aplicação de cada conceito, na sua profundidade e complexidade está na relação direta do grau de desenvolvimento cultural sócio-político da enfermeira e do cliente, bem como de suas condutas sociais, de suas capacidades reflexivas e das habilidades de pôr em prática seus conhecimentos. Não foi possível perceber antecipadamente as causas dos fenômenos do sistema social do Centro e a forma como este se mobiliza, nem sequer reconhecer os valores, as crenças, e a ideologia que comandou a conduta genérica dos servidores, quando convidados a participar de um estudo sobre sua saúde e doença.

Sistema Social para King (1984) tem estrutura, status (posição), papéis, valores, padrões de conduta, autoridade, interação social organizada com limites de papéis, conduta e mecanismos que regulam as práticas e normas. É o sistema social que une os seres humanos para recriar sua realidade em saúde e doença que alcancem um tipo de organização que direcione o movimento revolucionário, enquanto teoria e prática. É o grupo humano que mediante o processo de reflexão-ação, transforma sua

realidade - promove a saúde no ambiente de trabalho; controla e previne a doença dos ^{seus} servidores e do próprio sistema social onde estão inseridos. Inicialmente, pensou-se que este sistema social, constituía-se em uma "comunidade" que trabalha, num determinado espaço geo-físico espacial, local, ecológico, político, social e afetivo com objetivos, interesses e necessidades comuns; agindo e reagindo sob as mesmas influências que o sistema social impõe a fim de alcançarem metas também comuns. Já na prática, a enfermeira conseguiu então, escutar alguns comentários entre os servidores entrevistados, de que a suposta comunidade imaginada pela enfermeira, não existia. A partir destas afirmações, das experiências de campo e da análise dos dados coletados no próprio processo sobre a filosofia e objetivos do Centro, constatou-se que realmente havia significados contraditórios sobre comunidade, condição inerente à disfunção de um grupo social, que aparentemente não tem identificação social dentro de si e, conseqüentemente com a instituição onde trabalha. Surgiu então para a enfermeira, a necessidade de encontrar novos conceitos de "comunidade" para atender as características desse sistema social. Analisou-se Green e Anderson (1986), King (1981), Fernandes (1973) na sua expressão genérica de "grupo social" e a de Weber (1944) quando fala de "comunidade". Cada um dos autores, citados com linhas filosóficas diferentes, assemelham-se em seus conceitos teóricos. Entretanto, Fernandes referindo-se ao comportamento coletivo afirmou que uma comu-

nidade moderna distingue-se de seu antigo protótipo, por um princípio diferente de coesão entre seus elementos constituintes, pois pode ser enunciada nos seus contrastes, entre parentesco e território, entre sentimentos e interesses, entre posição social e contrato, entre costumes e leis. Para Wirth apud Fernandes (1978) o fato notável acerca da vida em comunidade é ser capaz de agir coletivamente, mesmo considerando-se o fato de que pouca coisa, o coletivo possui para se manter coeso.

No caso particular deste estudo, entendeu-se que dado os contrastes conceituais, a heterogeneidade significativa entre os servidores, tanto demográficos, como sociais, ocupacionais, profissionais, culturais, além da diversidade ampla entre posições, papéis, níveis de poder e autoridades (moral, social e administrativa) capacidade de tomada de decisão (V. Relatório Final, Volume II, p. 23 a 24 e p. 37-38.) e aspirações para melhorar seus desempenhos no Centro (Idem: p. 39-40-41) levam a crer que esta situação exemplifique a conceituação dos autores mencionados. Acredita-se, entretanto, que dado o compromisso social do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, de ensinar e pesquisar na área de sua competência, o interesse das autoridades atuais desencadeia iniciativas concretas para encaminhar as ações de debate sobre o particular. Desse modo, possibilitaria o começo do processo irreversível de conscientização e de estruturação de uma plataforma política indispensável para a concretização de ações, num plano organizado multiprofissional para a Assistência a Saúde e Doença dos Servidores desse Centro.

Finalmente assim, a enfermeira-mestranda convenceu-se que as razões aduzidas para que os servidores não participassem em atividades que obviamente seriam de interesse de todos, eram outras e muito mais profundas que as aparentes e, as verbalizadas, eram o início de uma situação esclarecida por eles. Esta condição de impasse técnico, pareceu ser uma forma estressante na interação, visto ao desequilíbrio das percepções da enfermeira e Sistema Social - cliente, cujo comportamento social dissonante, punha em risco a transação de metas mútuas finais. Na avaliação do processo, houve quem manifestasse claramente a preocupação pela "desmotivação", pela falta de participação e "que não fosse mais uma das tantas iniciativas a ficar no papel".

Esta situação permitiu à enfermeira reconhecer que o conceito de estresse, segundo King (1981) parece ser um componente essencial da vida e não está limitado pelo tempo e pelo espaço. Ele está em todas as partes, nas plantas, animais e seres humanos. Os fatores que o provocam são os mesmos que distorcem a percepção e estão presentes na dinâmica interativa dos homens com seu ambiente. Alguns autores, acreditam que o estresse pode ser produtivo fator de crescimento e desenvolvimento, tanto ele sendo negativo como positivo na adaptação dos indivíduos as situações da vida. Ele não é biológico, nem emocional, nem social, é mais que a soma destas reações isoladas. Os fatores do ambiente social (laboral no caso) tanto os diminuem, como os aumentam.

O conceito de saúde, assim como o do estresse e doen-

ça, vincula-se profundamente e principalmente ao processo de crescimento e desenvolvimento humano. Relaciona-se com a maneira pela qual os indivíduos enfrentam as tensões desse processo, segundo o padrão cultural e social do meio ambiente que vivem e trabalham. Diante disto o que se notou foi que essa mesma cultura e situação social condicionou as respostas dos indivíduos quando conceituavam "saúde". Na cultura local do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde em estudo, a maior freqüência recaiu sobre o conceito simplista de que "saúde é a ausência de doença" (V. Relatório Final, Volume II, p. 42, Tabela 33), coerente com o modelo formador de recursos humanos na área e na prestação de serviços na rede oficial e particular. Entretanto, apesar da maioria dos indivíduos intuïrem que há outros fatores causadores de desequilíbrio do processo, não foram capazes de identificá-los objetivamente no seu ambiente e em suas relações sociais consigo mesmos e com outros. Nesta comunidade-cliente cabe a todos, como profissionais e como seres humanos, apesar dos conflitos internos e externos que esta busca cause, encontrar respostas para explicar os confrontos e contradições que os envolvem e os coíbem, interferindo, e desmotivando até no Processo de Assistência a Saúde e Doença do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, deste estudo.

Para King (1981) como já se viu "doença" é o desvio do normal, uma perda de equilíbrio na estrutura biológica e/ou psicológica e o conflito nas suas relações sociais. É comum falar-se do ser humano doente. Entretanto nesta Prática Assistencial presumiu-se que não só os indivíduos de um Sistema Social adoecem. Pensou-se que, uma vez exista um indivíduo

ou grupo doente, todo o Sistema Social maior é afetado. Segundo a concepção teórica de King o processo de crescimento e desenvolvimento da organização não ocorre tranqüilamente e sem conflitos, sai via de regra prejudicado pelos desajustes contínuos aos estressores do ambiente interno e externo da instituição, dificultando o desempenho dos papéis individuais e coletivos, comprometendo assim o alcance da auto-realização e das metas de todos os sistemas envolvidos. Esta posição sobre saúde e doença do Sistema Social do Centro, refere-se como produto das conclusões inferidas pelo "clima" subjetivo do ambiente social, afetivo laboral, vivido pela enfermeira, como partícipe temporária da coletividade em questão. De qualquer maneira este "clima", bem como os dados objetivos sobre saúde e doença dos indivíduos ficam a mercê das indefinições de uma mensuração epidemiológica social categórica. Continua sendo até os dias de hoje, um problema fundamental a mensuração de "saúde e doença". Existem discrepâncias entre as unidades de medidas, pois, quase todas as existentes, mensuram a doença em caráter quase exclusivamente biológico. Os indicadores quantitativos estatísticos, não revelam os componentes políticos, sociais, econômicos, psicológicos, laborais, financeiros, organizacionais e ambientais que neles estão embutidos. Além disto, não medem os efeitos sociais e emocionais das doenças crônicas, das invalidantes, dos acidentes e das mortes. Tampouco fazem menção a concorrência de doenças e/ou sua manutenção tem a ver com a prestação de serviços, seja pelo diagnóstico e terapêutica tardios ou mesmo ineficazes. Ultimamente, a Organização Mundial da Saúde e a Associação Epidemiológica Internacional de finem, além da mensuração habitual até então feita, as con-

dições e funções sociais dos indivíduos e grupos da população, suas atitudes e atividades relacionadas com a Saúde (King, 1981). É portanto, razoável supor que os fenômenos e situações que previnem as doenças, não sejam necessariamente idênticos aos fatores que promovem a saúde. Estes fatores que são responsáveis pela saúde e doença devem ser identificados primeiro e, depois medidos. Devido a que saúde e doença serem interpretadas como dimensões dos fenômenos da vida de um ser humano, cujos fatores comuns que atuam sobre eles devem ser isolados (King, 1984).

Assim a enfermeira entendeu, ao aplicar em cada etapa do Processo, métodos para levantar informações sobre as pessoas e ambiente para identificar os fatores, que estes relacionariam com os determinantes de saúde e doença dos servidores e do sistema social maior. Esta informação representaria um caminho para alcançar os indicadores dos fenômenos a serem atendidos tanto nos aspectos de promoção de saúde, como na prevenção e controle da doença. As características demográficas da comunidade-cliente, os dados sobre hábitos de vida, sobre saúde e doença dos servidores e familiares, relacionados entre si, permitiram definir alguns riscos próprios do ambiente de trabalho e da condição social e profissional comuns numa sociedade urbana capitalista (V. Relatório Final, Volume II, p. 24 a 31; p.32 a 36; p.45 a 49; p.50-56-57, Gráficos números 2 a 9, 10 a 14; 23 a 25; 30. Tabelas números 10; de 15 a 22 e de 26 a 29).

A fim de avançar no Processo de Enfermagem, realizou-se a análise dos resultados obtidos na coleta de Dados Básicos ,

deu-se então a quarta etapa, cujo objetivo era devolver a Comunidade-cliente os dados básicos coletados.

A este nível do Processo de Enfermagem começa-se a vislumbrar com mais nitidez a dinâmica organizacional interna do Sistema Social, a qual inicialmente não se pode abordar profundamente, e que nesta altura está mais presente para definir os padrões interativos neste Sistema Social. Assim, os limites da organização burocrática, os papéis, as classes sociais, as posições hierárquicas, as regras, os valores, os princípios éticos-culturais, as influências políticas, as sócio-econômicas do Sistema Social do estudo, da Universidade e do país definem os padrões de comportamento, prescrevendo ações e relações nos diferentes níveis de poder e autoridade e na participação do processo decisório individual e coletivo.

Imogene King (1981) refere-se aos elementos estruturais que existem na organização formal e informal, a semelhança do que foi observado neste trabalho. Sentiu-se a existência de organizações informais paralelas, que com autoridade ideológica não oficial, aceita ou rejeita o poder e a decisão formal. Esta constatação foi feita particularmente, no grupo não docente, que dificilmente se reúne para conciliar interesses. Entretanto, a comunicação ocorre pelos corredores e salas do Centro para consolidar idéias ou pulverizá-las. Escutou-se em diferentes locais, tanto de servidores docentes como não, manifestações de desconformidades quanto a local de trabalho e a própria função. Entretanto, não é comum reunirem-se para estudar estes assuntos, juntos num só local e num só momento. Foi assim também que a grande massa crítica do Centro se manifestou em relação ao Processo de Enfermagem. Poucos foram os que

participaram das reuniões para debater, aceitar ou rejeitar os resultados obtidos na Coleta de Dados Básicos. Fazendo-se, desta forma, aparentemente improdutivos os esforços empregados até aqui por todos os servidores que apontaram sua confiança neste trabalho.

Apesar disto, encontrou-se um grupo representativo de 22 pessoas que se propôs a assumir a continuidade do Plano de Ação, fazendo-se possível então o Alcance da Meta Inicial do Processo de Enfermagem, mediante a aplicação dos conceitos de interação, comunicação e transação, num processo sem-fim, no tempo e no espaço, para cada um definir seu papel.

A partir daqui, passou-se a última etapa do Processo onde se aplicou instrumentos de avaliação quando espontaneamente trinta e sete servidores manifestaram suas opiniões (percepções) sobre o papel da enfermeira, o transcorrer da interação em todo o Processo, a percepção sobre as prioridades de saúde e doença a serem tratadas, o que foi mais gratificante e o que menos agradou em todos os momentos (V. Relatório Final, Volume II, p. 9).

Foi aqui que houve percepção clara da dinâmica social da comunidade-cliente em geral, através da falta de participação da maioria no Processo, como diagnóstico principal da situação. É no momento da avaliação do processo realizada pela comunidade-cliente então que a enfermeira sente que o próprio cliente se dá conta daquilo que ele chama de "desmotivação", desmobilização, indiferença geral frente as questões de bem comum, pela maioria dos servidores do Sistema Social em estudo. Este é o primeiro passo para a conscienci

zação, como parte do processo na ação coletiva futura. Entretanto, esta situação como forma de alienação atual e, a critério da enfermeira é constatado livremente pelo grupo de servidores respondentes, como um sintoma do desvio na dinâmica do Sistema Social, que via de regra invalidará todos os esforços para a solução de cunho coletivo e participativo dos problemas internos do Centro, foco deste estudo, e em consequência criando condições estressantes negativas no ambiente de trabalho. Pensa-se entretanto, que ações de assistência biológica a saúde e doença dos servidores, devem ser acompanhadas de um mecanismo paralelo que explique conceitualmente as raízes sociais, culturais, filosóficas e políticas do fenômeno que afeta o Sistema como um todo em profundidade, segundo a proposta de Freire (1978).

Através desta análise uma vez mais, demonstra-se que Imogene King sustenta uma aplicação selecionada de conceitos, a fim de usá-los, uns com mais ênfase em certos momentos que outros. Em determinadas etapas estão mais fortemente evidentes que outros, apesar de que de uma forma ou de outra, todos os conceitos estão presentes em todas as etapas do Processo de Enfermagem.

Para finalizar pode-se afirmar que através deste trabalho, o marco conceitual de King foi aplicado segundo os requerimentos de cada situação tratada. Deu-se destaque aos conceitos de percepção, comunicação e interação visto eles estarem acionando todo o processo com maior intensidade que outros. Apesar disto todos os conceitos propostos na Teoria de Alcance de metas permeiam e guiam incondicionalmente as ações da prática de enfermagem.

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretende-se aqui, apresentar em forma crítico-reflexiva os resultados obtidos na implementação do Processo de Enfermagem a saúde e doença, num sistema social, como cliente participativo. Far-se-á então, uma apresentação à luz de uma discussão norteada pelos dados coletados na experiência vivenciada e nos registrados no Relatório Final da Prática Assistencial, Volume II, em anexo a esta dissertação. Este capítulo, tem por fim facilitar a interpretação dos mecanismos e valores envolvidos nas interações da enfermeira, transcorridas numa ação participativa de assistir a comunidade como cliente, ainda que ^{no} menor grau possível e esperado.

Posto assim, deseja-se salientar que esta apresentação fará abordagem das diferentes etapas de aplicação do Processo frente aos respectivos conceitos de Imogene King, e de alguns outros autores num diagnóstico provável, mais como indicativo de tendências interativas do que de conclusões acabadas. Esta circunstância deve-se ao fato que, por diferentes razões, o Plano de Ação, etapa de consecuições na Assistência à Saúde e doença, ficou em fase de organização inicial, assumida pelos servidores. Ocasão em que a enfermeira participou, eventualmente nas reuniões de coordenação, a convite dos mesmos, já que foi desligando-se do Processo, gradualmente e totalmente na atualidade.

Espera-se portanto que, ainda dentro do espírito participativo, da auto-gestão e do poder político na organização da assistência os próprios servidores interessados, acrescentem a este, novos estudos, baseados numa ampliação do marco conceitual inicial, a fim de exaurir aspectos essenciais da "desmotivação grupal" constatados e alguns outros segundo a prioridade de que a eles cabe decidir. Este estudo, portanto, apesar de laborioso permitiu iniciar um sistema de comunicação grupal, entre enfermeira e cliente-indivíduo, comunidade-cliente e entre um indivíduo servidor e outro, numa tentativa de despertar interesses na busca de um processo evolutivo de participação maior desse sistema social, como um todo, a partir do conhecimento dos determinantes da situação de saúde e doença desenvolvido pelos próprios servidores.

A implementação do Processo de Enfermagem previu a inclusão gradual de conceitos, segundo o requerimento de cada etapa desenvolvida melhor analisado no capítulo - "Análise da aplicação do marco conceitual". Estas foram num crescendo variável, de acordo com os níveis de compromisso e participação da enfermeira e cliente. Iniciou-se por uma abordagem periférica da comunidade, por mecanismos multiplicadores nas relações sociais individuais, chegando-se aos grupos, a partir da etapa preliminar ou de sensibilização até às reuniões de análise e síntese dos resultados obtidos nas oportunidades de avaliação participativa da experiência. Os procedimentos, a observação algumas vezes estruturada outras não, as entrevistas, a aplicação de questionários e reuniões, serviam mais para estabelecer os mecanismos motivacionais na interação do enfermeiro-cliente, do que para uma análise profunda de caráter biomédico ou social do sistema em questão. Em consonância

com Freire (1978), o que se pretendia realmente, era instalar o pensamento-linguagem dos homens, referido à realidade, o dado levantado em saúde e doença ao conceito teórico relacionado com seu determinante frente aos níveis de percepção dessa realidade, à sua visão de mundo (Centro), a fim de que se propusesse iniciar uma reflexão, ainda que fragmentária e incompleta de sua situação existencial, mas que se falasse sobre ela, frente aos desafios e as contradições do momento atual da universidade brasileira e do Brasil como um todo, como um dos determinantes do processo de saúde e doença no Sistema Social. Entendeu-se assim, que para falar de saúde e doença, dever-se-ia analisar o pensar dos servidores sobre suas próprias condições, frente ao contexto interno e externo a si próprio. Esta busca de outros determinantes da saúde e doença, condiciona o uso de conceitos mais abrangentes do que simplesmente tratá-los como fenômeno da "condição bio-psico-social".

É necessário esclarecer ainda que a predisposição de realizar um processo participativo na Assistência de Enfermagem, onde o cliente e enfermeira seriam agentes-objetos de um mesmo espaço tinha a intenção de propiciar mudanças sociais em saúde e doença, através de um mecanismo de compartilhar idéias, métodos, recursos, compromissos e metas, na reflexão e ação sobre o particular. Esta filosofia de trabalho, apoiou-se na crença de que uma vez o indivíduo discute sobre o assunto, passa a defender suas idéias, esclarece pontos de

vista e se compromete com a mudança. A partir de um novo patamar de consciência sobre os determinantes causais, os efeitos e as formas de prevenir e controlar a situação, ultrapassariam seus próprios limites, e juntos os indivíduos, somados numa força grupal necessária promoveriam os desdobramentos nas conquistas. Esta postura encara o grupo social, não como a soma de indivíduos, mas estes, com objetivos de engajamento transitório dariam sustentação, a um processo de crescimento e desenvolvimento sucessivo para o surgimento de uma comunidade participativa permanente no futuro.

Apesar de não existir unanimidade entre os cientistas sociais e profissionais de diversas áreas, quanto aos conceitos teóricos e metodológicos que dirijam a ação nessa linha do pensamento, aventura-se a incursionar sobre o particular. Segundo Thiollent (1986) hoje no Brasil e outros autores noutros países falam que as metodologias do trabalho participativo tendem a ser aplicadas em diversos campos de atuação, seja na educação, comunicação, serviço social, tecnologia rural, militância política ou sindical, entre outras. Esta modalidade alternativa de trabalho supõe não tão somente a participação do técnico e da comunidade-cliente numa ação comum, mas prevê também, uma forma planejada de caráter social, educacional e técnico de atuar em qualquer área onde os agentes não manifestam tão grande preocupação pela quantificação dos resultados, quanto pela maior compreensão e interação entre eles, assim os profissionais e os clientes, atuam num processo conjuntural e estruturalmente determinado. Isto quer dizer que a ação fundamentada na teoria, presta apoio essencial ao processo, mas exige dele uma permanente revisão conceitual, seja na aplicação modificada ou

adaptada, ou no recomeço do encaminhamento. A partir das conclusões apontadas numa primeira aplicação conceitual, buscou-se às vezes, outros novos conceitos, até mesmo a partir das constatações empíricas, obtidas através da imprevisão, seja na observação ou na entrevista. Apesar disto, sem privilegiar o lado empírico, mas levando-o em conta, fêz-se necessário a abordagem através do marco-conceitual, sempre num "ir-e-vir" dentro dos conceitos dos sistemas sociais, segundo a concepção de King. Pretendia-se que através do envolvimento direto com a comunidade ou sistemas social-cliente precebesse e questionasse intencionalmente a organização social da qual faz parte; criticando sua própria qualidade de vida e trabalho e desenvolvendo todo um processo de aprendizagem numa concepção problematizadora da educação, da assistência e pesquisa em saúde. Ambos, enfermeira e comunidade-cliente, fazem parte do mesmo processo, buscariam a resposta intelectualizada da situação e partem para explicações, muito além das condições biológico-ambientais. Assim este envolvimento do grupo social, foi uma estratégia para que ele se reapropriasse de sua verdadeira identidade e autonomia e, questionasse a organização social dominante, inventando novos contextos de vida, de trabalho e de produção de conhecimentos, de acordo com o pensamento de Brandão (1982). Desta forma, acreditou-se que se instalaria um Processo de Assistência, sem retorno, em direção ao auto-convencimento dos servidores para novas condições de vida e trabalho, ao despertar seu potencial de força interior desconhecida. Com tudo isto, quis se dizer que as explicações mais profundas, surgiriam a partir de uma sucessiva exploração de conceitos, em cuja necessidade faz

extrapolar os limites de um marco conceitual inicial. Este acréscimo surgiu, no processo, pela necessidade de utilização de outros Conceitos, sobretudo os que sustentassem as interpretações de uma participação social da comunidade-cliente, na assistência de enfermagem que se desenvolvia e na forma de chegar a vencer as barreiras impostas pela alienação e desmotivação do grupo submerso, na própria situação de saúde e doença em estudo.

A proposta deste Processo de Enfermagem e conseqüente abordagem teórica sobre o Alcance de Metas num Sistema Social, surgiu portanto do convencimento de que todo o trabalho técnico está apoiado pela reflexão-ação, elemento-base na educação de indivíduos e grupos, mediante os mecanismos sucessivos de conscientização progressiva de uma realidade - de suas necessidades, valores e aspirações - a fim de direcionar a ação transformadora, para uma realidade melhor segundo Freire (1978). Desta forma, pretendeu-se contribuir para diminuir o descompasso entre o conhecimento usado para a solução de problemas reais em saúde e doença e aquele que é usado apenas na retórica, como símbolo, na esfera cultural tanto da saúde, como da educação.

Na construção do Processo de Enfermagem, propôs-se algumas modificações, ampliações e adaptações do modelo original de King, tanto no que respeita às adequações conceituais, como na proposta metodológica. A razão destas iniciativas está vinculada ao fato de que King em suas conceituações genéricas, permite a particularização, e por outro lado as exemplificações da aplicação prática estão sempre relacionadas com o indivíduo - doença - no hospital. Estas situações

exemplificadas estão bem distantes, deste caso em especial, o qual trata sobre grupo social - sistema social - comunidade de pessoas supostamente sadias.

Nesta circunstância a relação de saúde e doença, num trabalho participativo, onde a enfermeira procura o cliente, é diferente da condição hospitalar, onde enfermeira e cliente são impostos, um ao outro, reciprocamente. Dada a essa natureza, a interação se dá dentro de outra condição mesmo porque o cliente no hospital, vai com uma sintomologia buscar recursos de outros, enquanto que no trabalho comunitário, a enfermeira vai tentar motivar o cliente-comunidade para o trabalho conjunto, no levantamento de interesses prioritários, de necessidades e aspirações, muitas vezes, até então desconhecidas por ambos, e, sobre elas, buscarem agir com recursos próprios, para estabelecerem metas comuns, métodos e planos de ação conjuntos.

É também nessa medida que a situação foi interpretada por ambos - enfermeira e comunidade-cliente - as quais assumem compromissos e papéis para se avaliarem reciprocamente, a cada instante.

King parece que segue o modelo sem grande ênfase, na participação do cliente, de acordo as suas exemplificações, apesar de fazer referências a tomada de decisão como sendo um processo resultante da colaboração entre enfermeiros e pacientes. Estabelece, também, um sistema de classificação das interações, quando trata das transações, como ação, reação, distúrbio estabelecimento de objetivos mútuos e explora

ção dos meios para atingí-los ao se porem de acordo para alcançarem a meta King (1984). Dessa forma a autora quer comprovar sua intenção de fazer participar o cliente.

King (1981) cita que as enfermeiras devem estar conscientes da ajuda que o cliente necessita para tomar decisões e que as profissionais devem preparar-se para saber também, tomar decisões compartilhadas no trabalho comunitário. A influência dos sistemas sociais no processo de tomada de decisões em todos os níveis nas organizações pode incrementar ou diminuir a efetividade do cuidado, ou em situações imediatas de vida ou morte. A autora segue dizendo que o cuidado, centra-se na participação dos pacientes e na tomada conjunta de decisões. Ao interagirem para estabelecer os objetivos, cliente e enfermeira aprendem e entendem melhor a situação. Apesar dessas afirmações teóricas, o processo de King não explica a forma em que o "assessment" Griffith-Kenney (1986) o diagnóstico, o planejamento, a implementação, a avaliação são realizados dentro de sua proposta teórica. Neste processo particular do estudo, acrescentou-se uma etapa prévia inicial, a fim de estabelecer condições básicas para reconhecer o ambiente, os seres humanos envolvidos e deles receber sugestões e aprovação para o Projeto, mediante o processo perceptual recíproco. Ainda que, a ação da enfermeira esteja mais determinada pelo cliente do que pelos padrões habituais da ação junto ao doente hospitalizado, mesmo porque a avaliação sistemática e final é feita pelo cliente. Entretanto, para King a avaliação está mais relacionada com o dia-a-dia do cliente, durante seu diagnóstico/tratamento, e termina quando ele sai do hospital, curado, melhorado ou falecido.

Na melhor das hipóteses, retornará o cliente com alta ao ambulatório, para dar continuidade ao tratamento ou receber alta definitiva sobre o mesmo fenômeno que o levou ao hospital. Enquanto que neste estudo, os retornos à situação são básicos para reavaliação e replanejamento em busca de novas situações quando a primeira foi solucionada, num processo sem-fim de auto-superação da comunidade-cliente sobre o estado de saúde e doença e, qualidade de vida e trabalho.

A aplicação do Marco Conceitual obedeceu o ritmo imposto pelo Processo de Enfermagem, previsto para ser desenvolvido em seis etapas sucessivas, num crescimento nos níveis de compromisso e participação da enfermeira e cliente. Iniciou-se uma abordagem periférica da comunidade, gradual e prévia a fim de que através de mecanismos multiplicadores de relações sociais com indivíduos se chegasse aos grupos. Esta estratégia de "fora para dentro" do grupo, que se chamou de preliminar ou de sensibilização, foi realizada inicialmente, através de uma observação espontânea, com a intenção de gravar-registrar apenas o que os órgãos dos sentidos fossem capazes de perceber no contexto físico-humano do Centro, deste estudo. A princípio, ficou-se simplesmente caminhando nas redondezas e dentro do Centro. Posteriormente parada ou sentada, como se estivesse alheia a tudo e a todos, a enfermeira dava-se conta dos pedestres, caminhos, veículos, vegetação, ruídos, sons humanos, dos pássaros, aspecto físico-biológico social dos circunstantes com a intenção de qualificar e não, quantificar. Esta observação era para perceber, tomar conhecimento dos fatos que explicassem a realidade do objeto do trabalho - sistemas sociais e sua condição de saú-

de e doença - a fim de encontrar os caminhos para atingir seu objetivo na constatação do cotidiano da população; de suas relações formais e informais, seu modo de agir no seu ambiente natural, segundo Souza (1987).

Entretanto para a observação participante, não tem uma definição clara nas Ciências Sociais, ainda que outros autores proponham diversas formas. Para alguns a observação tem por fim, a coleta de dados, enquanto que para outros ela além de uma coleta de dados, é uma forma de mudança social; representa a interação entre teoria e métodos para pesquisar a perspectiva humana e a própria sociedade. Esta metodologia deve ajudar, portanto, na formulação de categorias subjetivas teóricas sociológicas como "justiça", "liberdade", "confiança", "comunidade", "propósito" que são fundamentais para compreender a natureza da sociedade, e não podem ser explicadas através da "estrutura", "função", "ação", "sistema" e "expectativa de papéis", simplesmente. (Haguette,

1987). A autora diz que esta abordagem, é o próprio ato de aproximar-se a população para revelar diferentes tendências e objetivos, marcando o Processo, dando novos encaminhamentos. É a forma de mostrar cooperação sem autoritarismo, despertando interesse e curiosidade na população, deixando e levando elementos, indagações e a vontade de novos encontros e ações conjuntas. Aparentemente esta etapa é simples. No entanto, é dela que depende todo o desenrolar do conjunto de ações futuras. A partir daí, a população passa a valorizar ou não o processo, e a reproduzir ou não, a própria dinâmica maior da sociedade.

A proposta da profissional, o tom de voz, a forma amedrontada ou arrogante, a relação formal hierarquizada ou, ao contrário, espontânea e populista, impossibilitam a aplicação do processo cuja pretensão é o desenvolvimento do espírito da participação coletiva. O descobrimento, a troca e a cooperação são indicativos de um processo pedagógico que se pretende como resposta aos problemas fundamentais da população usuária. Assim, a partir da realidade específica, cada abordagem assume uma forma própria. Não se pode perder de vista em qualquer situação a clareza dos objetivos, etapas a serem atingidas, coerência entre a realidade do sistema social e o processo pedagógico em ação com seus objetivos explícitos. O relacionamento de troca e cooperação é capaz de articular as ações necessárias, a seriedade e o comportamento ético que fazem parte dos elementos básicos das abordagens, nessas relações sociais, com a comunidade-cliente.

Foi através da etapa de sensibilização que a enfermeira conheceu pessoas, situações, líderes naturais e oficiais, crenças, valores, aspirações, necessidades e recursos, principalmente a disponibilidade humana e afetiva dos envolvidos, ampliando gradualmente o "leque" das relações interpessoais. A esta altura, após o período unilateral de percepção da enfermeira, começou o processo interativo, onde enfermeira e servidores, estabeleceram uma trama de ações e reações; reestruturaram suas percepções do mundo em que vivem e trabalham, através da comunicação que se instalou entre eles, seja por meio de verbalização, como nas dezenove entrevistas iniciais ou dos símbolos como na iniciativa espontânea do Coordenador Geral de Extensão do Centro de Ensino e da Chefe do Departamento de Enfermagem ao convocar os demais coordenadores de Ex-

tensão e das Fases do Curso de Graduação, respectivamente para uma reunião onde a enfermeira apresentou o anteprojeto do Processo de Enfermagem e recebeu a proposta de validação do instrumento de coleta de dados e até sua própria reprodução. Segundo o entendimento de King (1981), quando refere que as interações entre enfermeira/cliente ocorrem dentro de um repertório perceptivo de ambos, cujos significados têm a dimensão da cultura, do conhecimento e segundo o papel e posição que cada um ocupa no sistema social. Assim, a origem do paradigma interacionista e a teoria sofrem em sua aplicação, as limitações do ponto de vista do homem, mais como ser social do que como ser biopsicossocial e cultural. Nesta medida é que "enfermagem é um processo de ação, reação e interação" a fim de estabelecer as metas mútuas, através de uma transação com o cliente, num processo compartilhado" King (1981).

O enfrentamento profissional com a comunidade cliente pressupõe uma abordagem prolongada que se renova a cada dia, seja através do diálogo informal ou da entrevista ou reunião pré-determinada. Para Freire (1983), o diálogo é, sobretudo uma pedagogia do compromisso de estar a serviço dos interesses e preocupações das camadas populares. Por isto, supõem-se que estas assumam conscientemente uma posição frente ao mundo e suas possibilidades de transformações. Desta forma não é qualquer troca de idéias, entre enfermeira e cliente que pode ser considerada um diálogo. Este no entender de Freire (1983), pressupõe sempre um compromisso de ambas as partes. O diálogo portanto, representa reflexão e compromisso para a ação. É nesse momento, quando o cliente se dá conta desse contrato recíproco que ele pode se afastar ou se aproximar

mais do Processo.

A entrevista e a reunião usadas como estratégias de aproximação e reflexão sobre as necessidades prioritárias, interesses, valores, métodos e recursos foram aplicados, dentro de um planejamento, onde objetivos, assuntos, locais eram explicitados para garantir a livre expressão e motivar a clientela a participar conscientemente dos encontros.

A entrevista, segundo Haguette (1987) pode ser definida como um processo de interação entre duas ou mais pessoas, na qual o entrevistador obtém informações do entrevistado. A entrevista vista deste modo tem vantagens e limitações, pois segundo os quatro componentes: entrevistador; entrevistado, situação de entrevista e o instrumento captador de dados (roteiro estruturador), ela é quase um elemento limitado de interação, pois fica restrita a composição de uma linha de pensamento, a de quem elaborou o instrumento e de quem o interpreta. Como elemento intermediário para coleta de dados serve mais, pois o método geralmente é isento de distorções, na veracidade dos dados. Apesar disto, sempre há fatores que interferem nessa condição como: os motivos futuros, a quebra de espontaneidade, desejo de agradar, fatores idiossincráticos, grau de conhecimento sobre o assunto tratado, habilidade para expor, nervosismo ou ansiedade provocados na situação de entrevista.

Na segunda etapa do processo no Levantamento de Dados Básicos, aplicaram-se os instrumentos, cujos guias foram os conceitos da esfera estatística aos aplicados Levantamento de Dados Básicos relativos as características demográficas, de saúde e doença do servidor e familiar,

hábitos de vida e as do ambiente geofísico, espacial, técnico-administrativo-social-afetivo laboral do Centro de Ensino Universitário deste estudo. Estes Dados Básicos expressaram tendências, face às características epidemiológicas sociais, da comunidade e de alguns indicadores manifestados. Os resultados condicionados a percepções, sentimentos, determinantes ideológicos, político-econômicos numa sociedade capitalista não são expressamente diferentes, se considerarmos as diferenças de classes sociais, profissionais e ocupacionais vigentes no sistema social deste estudo.

Este levantamento de dados pode mostrar que se confirma o questionamento de vários autores sobre a monocausalidade da doença, a distribuição das doenças entre classes sociais, a contradição entre o ensino da área da saúde e a necessidade real de assistência das populações, bem como a sofisticação dos métodos diagnósticos e terapêuticos em detrimento da saúde coletiva. Nesta dimensão estes mesmos autores como San Martin (1968) falam da doença como produto da relação ecológica entre o homem e seu ambiente, num conceito holístico de causalidade múltipla de todos os fenômenos. Nesta, distingue-se três grupos de fatores principais, como o tipo constitucional, as influências genéticas, as anomalias ou deficiências ambientais e as decorrentes dos agentes externos diretos da doença. Godoy (1984) entretanto, acrescenta algo mais ao conceito de causalidade múltipla de saúde e doença quando diz que a maioria das doenças ou complicações da saúde e acidentes procedem mais do ambiente sócio cultural, que do ambiente natural. Assim, a descrição dos fatos existenciais e os conceitos de equilíbrio ambiental exigem mais a necessidade de estudar o homem como um

ser integral como entidade biológica-sócio-cultural - unidade existencial no seu meio, a fim de poder entender as manifestações do homem sadio ou doente, mediado pelo meio em que vive e trabalha. Como síntese, o autor diz ainda, que a saúde, como qualidade existencial não é só um atributo do indivíduo, mas sim um valor nas coletividades humanas. O conceito unitário de saúde, inclui a prevenção da doença, a promoção e a recuperação da saúde, como elementos inseparáveis de um processo único, cuja dinâmica seja uma responsabilidade coletiva, através de uma ação comunitária.

Posto isto, pode-se mencionar que os resultados levantados sobre aspectos demográficos, de saúde e doença dos servidores do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde e do ambiente de trabalho indicam tendências que poder-se-iam identificar, com certa cautela, com os indicadores próprios dos estudos etiológicos sociais de alguns pesquisadores contemporâneos.

Estes indicadores foram visualizados após tratamento estatístico manual e eletrônico dos Dados Básicos coletados através da aplicação de questionários, com questões objetivas e abertas, após o período de observação e entrevistas que igualmente levantaram informações.

A metodologia utilizada no levantamento estruturado de dados apresentou as limitações do método positivista e de um conhecimento parcial da realidade. Entendeu-se, entretanto, que através dos recursos tradicionais conhecidos pela maioria dos servidores, facilitar-se-ia a com-

preensão da linguagem para o diálogo e de certa forma, desencadearia a reflexão sobre a saúde e doença individual, coletiva, ambiental e seus determinantes dentro ou fora do modelo epidemiológico e convencional, representante da teoria monocausal da doença em sua concepção mais tradicional. Entende-se hoje, que a teoria multicausal, consolidada na década de 60, oferece a possibilidade de uma compreensão ampliada da causalidade e da dinâmica do processo saúde-doença. Esta tendência da epidemiologia atual é a de se desenvolver para explicar e transformar os problemas de saúde-doença em sua dimensão social, num caráter extensivo a grandes grupos que delineem seus perfís típicos e sobre eles atuem preventivamente. Nesta proposta, a epidemiologia aborda os processos reais, através da busca científica das determinações que operam sobre a vida social, segundo Breilh e Granda (1989). Os processos estruturais da sociedade, base do desenvolvimento da coletividade: os perfís de reprodução social (produção e consumo) das diferentes classes sociais com seus potenciais de bens, saúde, sobrevivência, riscos de adoecer e morrer e os fenômenos biopsicossociais-mentais configuram os campos de estudo da epidemiologia atual, por serem estes processos elementos permanentes do universo do homem que interagem entre si.

Ao se falar de processos superestruturais e estruturais da sociedade o que se quer referir são as formas políticas, jurídicas e ideológicas, bem como aos meios de produção, propriedade, controle e distribuição dos elementos de consumo. Refere-se também, às classes sociais com seus diferentes tipos de reprodução social e sua capacidade de reagir aos riscos, condicionados por essa mesma sociedade.

Desta forma então, tentou-se de uma forma simples, conhecida de manifestações biológicas, afetivas e laborais desenvolver um novo processo, complexo, numa dimensão social, não tão estudada no ambiente local para estabelecer as conexões entre este âmbito mais geral e aquele mais particular e individual. Nesta estratégia portanto, assentou-se a face participativa grupal, como proposta para o plano de ação a ser desenvolvido pelo próprio servidor. Foi então, uma estratégia para lançar luzes sobre a problemática de saúde e doença num enfoque epidemiológico social, a fim de criar o espaço para as formas solidárias no trabalho, a consciência objetiva do mundo que cerca o servidor para alcançarem juntos na organização social que lhes permita conquistar a melhor condição para crescer e desenvolver como ser humano numa sociedade mais justa e fraterna, condição básica para prevenir a doença, condicionar a saúde e tratar dignamente o cliente e criar condições de ensino, teórico e prático dentro dessa filosofia. Entendeu-se, então, que a saúde está assentada sobre a capacidade do homem em discernir e sobre a liberdade que lhe garante a escolha do caminho de sua autonomia e auto-determinação. Desta forma, concorda-se com Marx apud Claret (1983, p. 23) quando disse que a "única liberdade possível é aquela em que o homem social, juntamente com produtores, regulem e controlam juntos racionalmente suas trocas com a natureza numa condição digna e mais adequada a sua natureza humana, ao invés de serem dominados por elas" "... " e a emancipação só se realiza quando o homem reconhece e organiza suas próprias forças, como forças sociais, sob a forma de força política". As sucessivas propostas políticas oficiais de saúde, nestas últimas décadas, como PRÉV-SAÚDE, POLÍTICA INTEGRADA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL e SAÚDE, PIDA (MEC), SISTEMA

ÚNICO DE SAÚDE e tantas outras não encontraram eco nos planos executados atualmente na assistência, ensino e pesquisa. O próprio espaço de discussão é limitado nas classes profissionais que detêm o maior poder social e financeiro no país, apesar da filosofia de Atenção Primária em Saúde ser apresentada nos discursos e aspirada ardentemente por alguns profissionais da área. Este estudo nos permite depreender que cabe a nós, profissionais de enfermagem, também entender que os novos caminhos da assistência à saúde e doença, podem criar um espaço para refletir e despertar outras expectativas nas discussões com os grupos hegemônicos, que tradicionalmente resistem à mudanças no ensinar, pesquisar e assistir à comunidade.

O sociólogo - Parsons apud Waitzkin, (1982), explica esse fenômeno dentro de um marco teórico amplo, procurando situar a prática médica nos sistemas sociais e descreve que o controle social dos médicos, como classe hegemônica se dá em vista deles manterem os pacientes afastados do conhecimento técnico da Medicina e das habilidades que lhes são próprias. Desta forma, os médicos exercem um tipo de poder sobre os clientes e, estes passam a representar um grupo significativo grande e potencialmente explorável na sociedade. O autor vê esse controle social como algo derivado não tão somente da própria profissão como dos fatores externos que controlam o comportamento individual dos médicos.

O mesmo autor segue referindo que o principal padrão normativo limitante da exploração potencial, seria a orientação coletiva, numa cosmovisão social global que reduziria os efeitos mágicos, desmistificando o saber técnico para que a

grande massa popular tenha acesso a auto-determinação nos hábitos e aspirações em saúde e nas definições políticas de assistência em saúde. A popularização do conhecimento, segundo esse sociólogo, reduziria a barganha financeira da classe profissional, através de estreitamento da desigualdade de conhecimentos sobre a doença e terapêutica, diminuindo assim a assimetria entre o saber técnico e o popular, provocando um grau maior de consciência da população quanto às suas prerrogativas em saúde, a um menor custo social e um maior poder decisório popular nas determinações de governo e das classes profissionais.

O dizer a palavra verdadeira ou dar nome ao mundo, dar a conhecer a população sobre a dimensão política e cívica da sua condição de saúde, oferecerá ao povo uma oportunidade de não só lutar por melhores condições de salário e trabalho, mas sim um meio de conhecer seu mundo e o transformá-lo, a partir de uma aspiração maior de saúde como plataforma de apoio e "decolagem" para a melhor qualidade de vida. Assim, nessa oportunidade específica do diálogo a população com maior saber pode promover a transformação de seu mundo, deixando de lado o verbalismo. (Freire, 1967). Este autor entende também que o processo de libertação dos oprimidos, onde incluímos as enfermeiras, ou seja, subalternos da hegemonia dominante, não devem estes se transformar também em opressores, mas sim restaurar a humanidade entre ambos. Somente o diálogo político qualifica o homem para a ação cultural revolucionária. Sendo assim, esta ação libertará o autêntico pensamento - linguagem gerado na relação dialética entre o sujeito e sua realidade histórica e cultural concre

ta. Desta forma, acredita-se que este é o caminho para exercitar a liberdade e transformar o mundo. Se a enfermeira comprometer-se a estimular o diálogo político com o sistema social - cliente em todos os níveis, este conquistará seu direito à voz, terá suas próprias opções, e projetará livremente seu destino, exercendo o poder de livre escolha. Entretanto, Ammann (1981) diz que os técnicos em sua maioria, oferecem programas de "melhoria de vida", quase sempre periféricos e imediatistas, por terem uma microvisão social localista, desconectada dos processos decisivos e decisórios da sociedade global. No cerne dessa postura, eles não cogitam a reflexão e ação sobre as instâncias estruturais, como as relações sociais de produção, da gestão e distribuição dos bens e serviços da sociedade como um todo. Se a enfermeira não levar em conta estas considerações, ela negará ou dissimulará a divisão antagônica da sociedade, que difunde falácias dos problemas comuns a toda população, sob a máscara do aclassismo e do apolítico. Estará desta forma, sancionando e divulgando uma ideologia de caráter classista dominadora e política conservadora, que na maioria das vezes nem ela, profissional da enfermagem parou para analisar sobre as implicações do seu fazer e dizer.

A seguir passou-se a etapa seguinte, que pretendeu realizar um Intercâmbio de Percepções do Cliente/Enfermeira sobre os Dados Básicos, a fim de que se elaborasse um diagnóstico simplificado e provável da realidade da saúde e doença e seus determinantes. A partir desse diagnóstico provável estabelecer algumas prioridades, objetivos, recursos e metas mútuas no intuito de que se esboçasse um Plano de Ação

Participativa dos Servidores do Centro de referência. Para atender mais esta etapa, fêz-se inúmeras tentativas quase frustradas de reunir os servidores que houvessem ou não respondido os questionários, apesar de que os respondentes alcançaram contribuir de tal maneira, em forma escrita, que chegaram a se expor, revelando sua intimidade pessoal através dos dados individuais, percepções, sentimentos, hábitos de vida e condições de saúde e doença. Este processo tentativo de tratar a realidade grupal pelo próprio grupo obteve uma resposta parcial e sem priorização unânime pela maioria. Procurou-se explicações para este fenômeno no próprio ambiente e na bibliografia, já que se esperava um certo consenso técnico, visto tratar-se de um grupo eminentemente especialista na área da saúde e doença. Viu-se então que, a compreensão maior estava vinculada não somente ao embasamento teórico, como bagagem cultural profissional, mas sim a própria dinâmica do grupo social, cujas raízes históricas, filosóficas e políticas não são comuns nesse sistema social e, particularmente não foram estudadas. Apesar disto, buscou-se compreender o fenômeno dentro de uma visão teórica que provavelmente explique a realidade encontrada, dentro de um Sistema Social complexo e heterogêneo. Para Marx, 1847 apud Claret, (1985,p.23)"as idéias da classe dominante, são as idéias dominantes em cada época". A classe que tem a sua disposição os meios para a produção material dispõe com isso ao mesmo tempo, dos meios de produção intelectual; assim, de um modo geral, as idéias daqueles que não dispõem de meios de produção intelectual são subordinados à classe dominante. Em consequência, como produtores de idéias regulam sua produção e distribuição dessas mesmas idéias na sua época". Concluiu-se

que a enfermeira é um ser racional, social, profissional que utiliza conhecimentos e habilidades para perceber, comunicar-se, interagir e transacionar com pessoas e grupos que necessitam enfrentar os fatores que prejudicam o ajustamento contínuo aos estressores da situação de trabalho, interferem no desempenho, do papel, na auto-realização, alcance de metas laborais, pessoais e na conservação da saúde. É capaz de agir recíproca e deliberadamente com o cliente, a fim de coletarem/analisarem Dados Básicos da situação de saúde, determinarem problemas, prioridades, objetivos, metas mútuas para serem estabelecidas e alcançadas através do Plano de Ação Conjunta, segundo Relatório Final, Volume II.

Apesar da enfermeira ter sido alertada por alguns profissionais do Centro sobre os diferentes significados, insistiu em tratar o grupo social de servidores dentro de um dos conceitos de comunidade, como o similar ao de Fernandes (1978) e mencionado por Green e Anderson (1986, p.12) que diz: "comunidade é a unidade social onde há uma transação de vida comum entre as pessoas que constituem essa unidade. Como grupo social, funciona com normas de comportamento e organização de recursos para regular ambos, ambiente e conduta". Viu-se posteriormente, que este conceito apesar de se ajustar de certa forma, às condições do Centro deste estudo, não contribuiu para uma explícita citação de uma característica de ação participativa unitária desse mesmo grupo na análise, discussão e síntese de problemática levantada em saúde e doença, por faltar no coletivo, algo capaz de fazê-lo coeso num agir coletivo, como diz Fernandes (1978). Apenas 40,8% da população total desse Centro

foram favoráveis à existência de um serviço que atendesse essa problemática, segundo a informação no Relatório Final, Volume II, Apêndice C, Tabela 32, p. 136. Provavelmente, outra razão da "desmotivação" para participar nas decisões e ações da assistência a saúde e doença seja mesmo de acordo com Marán (1982) o fato de que as doenças profissionais, segundo a concepção burguesa, são caracterizadas por um enfoque biologicista, ahistórico e individualista. O que significa que se considera o homem isolado, exclusivamente biológico, fora de suas relações sociais. Em consequência, conceitua a saúde como um fato natural, resultante da relação de causa-e-efeito, ou bem da que existe entre hospedeiro-agente-meio, sem reconhecer neste último fator a parcela social, como uma fonte de doença. Só visualiza nesse conceito os aspectos dos microorganismos e os agentes físico-químicos como causadores de doença, já tratadas anteriormente quando se fez referência ao enfoque da multicausalidade. Com este ponto de vista, tentou-se portanto, avançar dentro de uma posição crítica para poder justificar a construção de um plano de ação com essa tônica multicausal, mas dentro sempre das próprias prioridades dos servidores que compareciam às reuniões e que surgiram nas respostas do questionário. Foi nessa oportunidade que se confirmou mais uma vez a concepção tradicional sobre saúde, levantada nos Dados Básicos: 52,7 % dos servidores respondentes conceituaram "saúde como ausência de doenças, de dor e de bom condicionamento físico". Em segundo lugar de frequência, colocou-se o conceito relacionado com o "bem-estar, conforto, prazer, ânimo para viver, gostar da vida, sentir-se bem, sem dores, ativa, acordada, gostar de atividades físicas, resistir ao calor e ao frio, es

tar atento ao mundo que o rodeia, sentir-se bem humorado e disposta para as atividades físicas, sociais e mentais", em terceiro lugar, vem o conceito de saúde relacionado com as "boas condições físicas, emocionais e sociais do indivíduo no meio em que vive"; "harmonia consigo e com o ambiente, com a família e no trabalho".

Como se pode notar; as dimensões que representam a saúde são as mais variáveis no Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde. Chama a atenção que estes conceitos podem ter maior significado se considerarmos que 60,7% dos respondentes são servidores docentes, representando 14,3% do total de Professores do centro de Ensino; os 39,3% não docentes são 26,5% do total dessa classe na mesma instituição, de acordo com a informação do Relatório Final, Volume II, p. 23-24. Estas constatações na diversidade de conceitos de saúde, mais os 76,9% dos servidores que desconhecem a filosofia leva a uma imperiosa reflexão, por ser SAÚDE, objeto essencial num Centro de Ensino Universitário como o estudado. Esta situação é de certa forma esperada, pois a dinâmica da sociedade brasileira, bastante preocupada em definições político-econômicas imediatistas, deixa de dar lugar a uma análise mais profunda dos papéis da saúde e da educação. Entretanto, há muito tempo, vários autores permeiam seus escritos dentro de uma visão ampla, numa tentativa de mudança conceitual e operacional oficial do Estado, para dar um novo rumo ao entendimento da saúde, como filosofia política e como assistência. No dizer de Herzlich (1986), saúde tem um lugar no discurso da sociedade atual. Ela ocupa uma posição central, ainda que muito ambígua. Ao longo destes últimos anos, esta noção

tornou-se uma espécie de super categoria de múltiplos significados e com um grupo de intervenção cada vez mais extenso. As diferentes faces, cada vez mais amplas da existência individual e coletiva são expressas, avaliadas e reguladas hoje, em termos de saúde. A saúde está em tudo e, tudo está na saúde: falar de saúde hoje, significa para nós uma das melhores formas de chamar e reclamar a felicidade. Apesar disto, a importância aumentada e vinculada à noção de saúde está estreitamente identificada nas últimas décadas à intervenção médica e higiênica, apesar de que o objeto desta é sempre curar a doença, sem preocupar-se com a representação social da mesma.

Talvez seja através da reflexão sobre estas concepções de saúde, o caminho dos servidores do Centro para possibilitar uma clara definição do papel social dos profissionais da saúde em geral, quanto a formação universitária e a prática e, em particular o papel da enfermeira neste processo de intervenção, somando-se junto à futura mudança de perfil na saúde e doença da própria universidade e do país.

Houve várias tentativas frustradas de mobilizar o maior número possível da massa crítica do sistema social deste estudo. Nas diferentes oportunidades discutir os resultados obtidos na análise dos dados coletados sobre a saúde e doença dos servidores foi motivo de insegurança e de sentimento de esforços inúteis, por parte da enfermeira e de alguns servidores.

Estas circunstâncias estabeleceram um sistema de busca de explicações dentro do comportamento da própria enfermeira e das razões inerentes a estrutura histórica e social do referido Centro de Ensino Universitário.

Este confronto entre as vontades individuais somadas e a resposta comportamental coletiva de não participação às reuniões de reflexão-ação como já foi dito, constituem o desafio para a enfermeira adequar a conduta frente a parcela de comunidade não participante. Novas reflexões e indagações surgiram: Pode-se atuar em saúde, em forma individual e coletiva, num processo participativo, sem que haja prévio entendimento sobre o conceito "saúde" entre enfermeira e cliente, ainda que se saiba que a representação social desse conceito ou de fenômeno está construída sobre a base que origina a sociedade?

No entendimento de Sarbin e Allen (1968) apud King (1984) o foco de atenção na teoria do PAPEL é a conduta social; focalizando o desempenho dos papéis sociais esta teoria preenche a lacuna entre o indivíduo e o grupo, entre a história pessoal e a organização social. Para isto, o indivíduo como ator, terá tantos papéis mais, quanto mais preparado estiver para atender as exigências da vida social em qualquer sociedade organizada, a fim de que se estabeleça um efetivo, recíproco e cooperativo papel entre todos. Os processos históricos determinam mudanças nas expectativas do papel. A enfermeira, neste trabalho, ao tomar em consideração a natureza dos comportamentos assumidos por outras pessoas no grupo social, passa a ocupar uma natureza específica talvez diferente do que até então vinha assumido. Por isto assume um novo papel social, de acordo ao grupo atuante, a fim de evitar conflito dentro de seu papel anterior intervencionista e o atual, expectante-reflexivo pesquisador; entre

aquele e o papel dos grupos atuantes de servidores-cliente . Desta forma então, a enfermeira viu-se na contingência de se instrumentalizar para o desempenho desse novo papel. Este, com exigências informativas na área da dimensão social da saúde e doença, levou-a a novas buscas, inclusive de ordem bibliográfica.

Godoy (1984) diz que a mera existência de um grupo não constitui uma sociedade. O caráter social aparece quando se dão conta das influências mútuas que se exercem entre eles. Por tal motivo, o mais importante na sociedade é o sistema de relações que se estabelece, com certa regularidade, como uma conduta de adaptação dos indivíduos no grupo organizado da sociedade com uma determinada expressão cultural e, media tizados pelos fatores políticos e econômicos do próprio con texto social. Este tipo de contexto define o comportameto do indivíduo dentro desse grupo social. Para que cada indiviú duo tenha seu campo próprio, é necessário que o grupo esta beleça a natureza única do homem e do meio que o cerca, como objeto das preocupações e atos desse mesmo grupo. Definir en tão, que o homem em seu conteúdo e forma de vida é o objeto primordial de cada homem desse grupo, frente a valoriza ção da vida e da dignidade da existência humana se constitui então, na essência objetiva do ser em coletividade. Diante destas afirmações, situa-se o papel da enfermeira no engen drar destas idéias em qualquer grupo, cuja organização so cial não tenha ainda se proposto a trabalhar juntos pelo bem estar comum.

Hadley (1967) apud King (1981,p.91),apresenta idéias base-

adas no papel interacionista da enfermeira que ajuda a enfermagem a cumprir sua missão. Sugere a autora (Hardley apud King, 1981 p. 91), que o papel da enfermeira deve ser definido mais "em termos de metas e/ou sentimentos que governam a interação entre a enfermeira e outros do que em termos de expectativas de comportamento de uma pessoa que ocupa a posição de enfermeira ou do que a enfermeira faz". De acordo com essa autora a meta primária da enfermagem é "cuidar para" ou "cuidar a respeito de". Entretanto a meta primária da organização na qual a enfermeira presta serviço é de coordenação de serviços para médicos e complementares. No ponto de vista de Hadley apud King (1981), o interacionismo ajudará a esclarecer as normas e ações para alcance dos objetivos da enfermagem, separados daqueles, mas que ainda estejam relacionados com eles. Este é o caminho para que as enfermeiras possam definir claramente seu papel, segundo a autora. Assim, a enfermeira deve conhecer amplamente as diversas circunstâncias situacionais de enfermagem que se impõem à profissional. A enfermeira nos seus diferentes papéis, ora de "cuidadora", de assistente, de cooperadora, de coordenadora, de assessora, de promotora, ou de simples participante, representa uma mistura de papéis, numa combinação dos melhores elementos dos pontos de vista, funcionalista e interacionista. Nestes, a enfermeira usa conhecimentos, habilidades e valores para ocupar uma posição dinâmica na identificação conjunta das metas em cada situação e ajudar os indivíduos e grupos também a alcançarem essas metas. Neste caso particular de estudo, o papel social da enfermeira é essencial. Portanto, o conhecimento sobre a socialização como processo e a dinâmica dos movimentos sociais com seus valores, princípios e comportamentos político-ideológicos, torna-se uma imposição para permitir seu desempenho nas interações no grupo, criando uma nova expectativa no Perfil da Enfermeira.

O intercâmbio de percepções sobre os Dados Levantados neste trabalho em saúde e doença, aparentemente não foi difícil. Os servidores presentes nas reuniões foram em sua maioria capazes de discutí-los e até buscar as contradições sobre a pertinência e exatidão de um ou outro dado. Entretanto, o que não se conseguiu trabalhar foi a relação desses dados com os fatores sociais e ambientais como determinantes etiológicos de sua situação de saúde e doença, frente à estrutura técnico-administrativa do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde.

Para King (1981) poder é um elemento essencial nos sistemas sociais, seja na tomada de decisões, no domínio da informação, no controle financeiro e orçamentário, na persuasão, na privação ou compensação. O poder está estreitamente relacionado com a autoridade e com a posição social na vida. O poder é análogo a energia no mundo físico. Ambos podem ser estudados teoricamente, mas não podem ser diretamente observados ou medidos. Ele exerce influência sobre os indivíduos, o qual pode ser considerado como um tipo de força que impele ou bloqueia as ações destes indivíduos. Pode ser perda ou lucro na vida e exerce controle social sobre as pessoas e nas mudanças das organizações, a fim de alcançarem metas. O poder, portanto, é a habilidade de controlar acontecimentos e condutas em situações específicas. Etzioni (1975) fez notar que o poder é a habilidade social de reduzir a resistência e realizar mudanças. É nesta medida que se aplica o conceito poder: Entende-se que a enfermeira através de sua habilidade e conhecimento desenvolve o poder político junto a comunidade-cliente e às instituições a fim de condicionar e estimular as

mudanças sociais pertinentes à área da saúde. Imógene King (1981) refere ainda, que o poder potencial das enfermeiras, não foi comprovado nos Estados Unidos, apesar de ser o maior número dos grupos profissionais do país. O fato de não terem unificado o poder coletivo para exercer pressão sobre a tomada de decisões dos governos locais, estaduais e federais em matéria de cuidado da saúde, a força potencial para influenciar nas políticas é desperdiçada. A autora diz ainda que em forma individual, a enfermagem pode demonstrar seu poder quando interatua com os pacientes para fixarem metas mútuas e para ela atuar efetivamente nas organizações das quais faz parte, desempenhando, portanto, um papel político, transformando sua força social organizada, em força emancipadora junto a outros, clientes, profissionais ou coletividades independentes.

No Brasil, entretanto, a situação da enfermeira, é similar a dos Estados Unidos quanto ao uso do poder político. Vários autores abordam este aspecto sob um enfoque histórico-sociológico. Dizem que a enfermagem nasceu dividida em dois estratos distintos, como representantes das classes sociais de onde provinham as enfermeiras. Desta forma, houve então, dicotomia entre o trabalho manual e intelectual, sendo o primeiro considerado "inferior" e o segundo, como "superior". Assim, no entender de Rezende (1986), a Enfermagem moderna, nascendo no bojo do capitalismo, com filosofia utilitarista e de repartição de tarefas imprimiu na enfermeira, um tipo de intelectual tradicional ou pré-orgânico no dizer de Gramsci, que a medida que serve aos interesses hegemônicos, assume as responsabilidades ideológicas da classe social e profissional dominante. Apesar, de ter definição de papel

nas posições de mando, a enfermeira assume a condição de subordinada, por pertencer a escala hierárquica piramidal do capitalismo que aliena aquele que "faz" daquele que "manda fazer", ou seja, afastando a intelectualidade do trabalho manual da autoridade e do poder. Assim, a enfermeira não consegue, entre outras razões, adquirir uma posição social e profissional que lhe assegure um reconhecimento para poder mobilizar outros grupos profissionais cujos "status" exercem maior pressão na classe social que pretende atuar, como catalizadora de ações participativas. Sendo assim, para perpetuar esta situação, numa sociedade profundamente dividida em classes pelas relações de produção, está a educação como instrumento de segregação social e alienação, que na enfermagem está representada pelos valores impressos na escola formadora que inculca em seus alunos a pretensa neutralidade científica no ensinar e no fazer. O descompromisso social da escola face aos problemas de saúde da população brasileira, gerado por essa postura de neutralidade de seu discurso, tem distanciado a teoria da prática, imobilizado as reflexões críticas e transformado a ação social da enfermeira num ativismo pouco reflexivo.

A princípio, deixou-se de lado neste trabalho, os enfoques teóricos que exploram "organização, poder, posição, autoridade, tomada de decisão" por se entender que o enfoque inicial deu-se mais nos sistemas pessoais e interpessoais e posteriormente no sistema social para retomá-los agora. Aguardou-se este momento, a fim de que o Processo de Enfermagem fosse mais produto de ação livre e participativa dos servidores que uma iniciativa oficial (V. Relatório Final, Volume II, p. 37, quadro 4; p. 59 - 60 - 61, tabelas 11

a 13.

Apesar disto, acredita-se que no trabalho de conscientização da comunidade deva fluir a decisão, o poder natural e a autoridade moral informal antes que o institucional. Entretanto, pensa-se agora que deverá haver um estudo prévio específico nessa área, para que juntos, o poder oficial e o natural encontrem as raízes históricas, filosóficas, políticas, ideológicas, idiossincráticas e sociais da postura atual de um grupo significativo do Centro, que segundo a opinião de alguns servidores, caracteriza-se por "desmotivação" (conceito não estudado) para a ação participativa coletiva em defesa dos interesses comunitários na área da saúde e doença (V. informação registrada no Relatório Final, Volume II, p. 9, "Avaliação do Processo de Enfermagem realizada pelos servidores").

Ao final, por conseguinte, resolveu-se realizar algumas considerações sobre a estrutura técnico-administrativa do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, frente a certos enfoques sociológicos da Teoria dos Sistemas. A

partir da Revolução Industrial surgiu a teoria dos sistemas para explicar as sociedades complexas configuradas nessa época. Para De Lorenzo Neto (1978) um dos capítulos mais difíceis da sociologia é o que analisa as organizações. Entende o autor, que as organizações constituem um elemento da sociedade global ou de um tipo mais restrito de coletividade, como o Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde.

As organizações explicam sua natureza através da

normalização de sua estrutura e dos indivíduos que dela fazem parte. Desta forma, surge então, a Teoria dos Sistemas para conduzir cientificamente a análise das sociedades complexas. Assim, o conceito chave de complexidade organizada define a rede de relações estabelecidas entre os indivíduos e o ambiente que se desenvolvem nessas sociedades. É, portanto, uma forma de conhecer as características das relações sistêmicas entre seus componentes nos sistemas mecanicistas. A natureza das relações entre eles é tipicamente muito restrita, com pouquíssimas chances de liberdade no comportamento. Enquanto que na complexidade organizada dos sistemas orgânico e sócio-cultural há muitos graus de liberdade nessas interrelações. Por isso, De Lourenço Neto (1978), considera o primeiro tipo de sistemas o da "simplicidade organizada", mecânica. Nas relações entre os componentes, estão primordialmente em função de energia de um ao outro. Desta forma, os sistemas de níveis mais elevados passam a depender mais da transmissão de informação, como princípio fundamental para análise das suas complexidades e, nestes últimos, há importância essencial na distinção da natureza e das capacidades de comportamentos destes componentes. Assim, uma quantidade diminuta de energia ou matéria estruturada destes sistemas sociais mais elevados é capaz de deflagar, seletivamente grande quantidade de atividade ou

comportamento em outros componentes do sistema, sobrepujado ao mesmo tempo as limitações de proximidade temporal e espacial, e da disponibilidade de energia. Assim, a estrutura do sistema torna-se mais e mais fluida à medida que se funde com o processo - o de comunicação que é sua característica predominante, que pode representar estrutura ou organização, possibilitando pois o preservar a informação e transmiti-la através do tempo e do espaço, além de modificá-la. A evolução dos níveis que conduzem ao sistema sócio-cultural, revela uma dependência cada vez maior do encadeamento de comunicação indireta, arbitrária dos componentes. Em essência o modelo de processo encara a sociedade como uma interação complexa, multifacetada e fluida de graus e intensidades amplamente variáveis de associação e dissociação.

Estas considerações de Lorenzo Neto (1978) conduzem à percepção fundamental de que os sistemas sócio-culturais são inerentemente elaboradores e modificadores de estruturas. As sociedades e grupos mudam continuamente suas estruturas como adaptações às condições internas e externas. O foco do processo é, portanto, as ações e interações dos componentes de um sistema em evolução. Verifica-se que esta evolução é tanto maior e mais rápida quanto a informação externa e interna que se processa dentro e fora do sistema. Este sistema social de referência neste estudo de certa forma é um sub-sistema, constituindo ele, o meio subjacente, parte de um sistema maior. Por isto, conclui-se que para haver intercâmbio de influências e informações entre os sub-sistemas e o sistema maior deve haver uma forma de abertura entre eles. Sabe-se por outro lado, que a medida que o siste-

ma aberto evolui, o intercâmbio é mais amplo e desenvolve a capacidade de responder seletivamente a uma esfera mais ampla e com maior número de detalhes. Estes detalhes do meio natural subordinam-se ao meio social, mínimo, simbólico e mais minucioso como a base da vida grupal. Desta forma, segundo análise do autor já mencionado, entendeu-se que o Centro em apreço, representa um sistema social aberto com mecanismos complexos no intercâmbio de informação entre seus componentes, dirigidos com intencionalidade para as metas num processo permanente de realimentação e reestruturação e com um certo nível de tensão como fator operatório, para promover as reestruturações feitas à base dos interesses, conflitos e ajustes que dinamizem as relações dos componentes do Sistema. A força motriz organizada é intencionalmente dirigida a partir de um certo nível de tensão, de pressão, esforços, frustrações, entusiasmos e agressões que buscam processar a consciência, a auto-percepção e a aprendizagem para a mudança. Esta mudança de estado busca a satisfação imediata, a auto-preservação individual e grupal e a preservação das metas sociais mais elevadas de um Centro de Ensino Universitário na área da saúde, que estão acima e além de qualquer grupo.

Nestas circunstâncias viu-se que conforme De Lorenzo Neto (1978), para que uma organização passe a existir é preciso que haja processos explícitos para coordenar as atividades que levem ao alcance dos objetivos. Mesmo porque a natureza da organização está ligada a uma normalização elaborada e estruturada de tal forma que os indivíduos que a compõe conheçam profundamente, pelo menos, os princípios e

objetivos que a regem, dentro de uma cultura que define papéis, modelos comportamentais desse sistema social. Para os que acreditam no Processo do Trabalho Socializado, a organização não pode ser indiferente aos indivíduos que dela fazem parte. Os mecanismos de ajuste provocados pela força motriz dos indivíduos e grupos são os que impulsionam a evolução do processo nos Sistemas Sociais e com eles, cada indivíduo cresce e se desenvolve, sente-se como parte de um todo e como partícula nuclear da organização, parte de um processo de saúde, segundo King (1981). Acredita-se pois, que a partir da participação de cada indivíduo e grupos nas definições de princípios, crenças, valores e normas haverá uma identificação pessoal e social maior com o sistema, menor número de atritos, pressões e tensões improdutivas na trajetória evolutiva do Centro, como um sistema social aberto e complexo, mas com alta coerência interna.

Na área da Enfermagem, Imogene King (1981) acrescenta que a enfermeira através das associações diárias com as pessoas de vários grupos sócio-econômicos culturais, tem muitas oportunidades de observar as mudanças comportamentais e seus efeitos sobre si mesmo, sobre as pessoas do ambiente e no sistema como um todo. Cabe portanto à enfermeira conhecer o tipo de relações desenvolvidas nos grupos para poder compreender a natureza de cada sistema social. Para isto, faz-se necessário identificar as formas de pressão que o dinamizam, formas de determinação de metas e os mecanismos habituais para atingí-las. Os comportamentos resultantes das experiências de aprendizagem nos sistemas sociais, fazem os indivíduos crescerem e se desenvolverem, tanto quanto os sistemas onde estão inseridos. As forças que movem a ação da enfermeira es

tão impregnadas pela dinâmica da sociedade que alerta o ambiente. Estas forças sociais estão em constante, movimento dentro e fora dos sistemas, num intercâmbio que influencia e é influenciado pelo comportamento, social, pelas interações, pelas percepções e pelo grau de saúde.

O papel da enfermeira é tão variado quanto as diferenças do meio social em que atua e tanto quanto a posição-papel, assumidos no sistema social onde passa a fazer parte no momento em que define o tipo de participação na assistência à saúde e à doença desse sistema.

Ela pode assumir o cuidado de enfermagem desde o indivíduo, família, grupos sociais institucionais ou um sistema social definido ou ainda assumir diversos papéis na organização à qual pertence. O que não varia entretanto, no desempenho de cada um desses papéis é a necessidade de interagir sempre, numa troca expressa ou simbólica de informações na busca de estabelecer e alcançar meios comuns, através de meios e ações convenientes a ambos, enfermeira, cliente e organização. É portanto assim que cada situação deve ser analisada previamente, a fim de que a enfermeira conheça as diferenças estruturais-conjunturais da organização e dos indivíduos que a ela pertença. O conhecimento destes sistemas dá explicações dos comportamentos, crenças e percepções que as pessoas têm de si mesmas e do mundo que as cerca. É mediante esta base que a enfermeira processa a interação e provê serviços profissionais nos limites que o sistema social deseja e a enfermeira é capaz de aceitar, num intercâmbio de compromissos e de participação recíproca no processo de evolução da crítica e dos níveis de consciência, a res-

peito de suas necessidades, aspirações e metas.

Com esta abordagem, King (1981) propõe a análise total da organização do sistema social, a partir do reconhecimento de vários aspectos da estrutura social como por exemplo: a filosofia da organização - crenças das pessoas quanto ao produto final; poder e autoridade; metas da organização, dos grupos e dos indivíduos; funções da organização; recursos e limitações e quem decide em todos os níveis. Com estes indicadores, o presente estudo iniciou por identificar os aspectos sugeridos pela autora, e que a partir de agora então serão analisados, frente aos dados coletados nas respostas das oitenta e quatro servidores do Centro deste estudo.

A enfermeira constatou que desses, somente 23,1% dos servidores respondentes conheciam a filosofia do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde. Esta condição permite de antemão, pensar que qualquer iniciativa da Enfermeira entraria em confronto com o desconhecimentos das "crenças oficiais", por um grupo significativo - cliente que desconhece princípios, normas e valores do sistema social no qual estão inseridos - enfermeira e cliente. Quando se buscou identificar estes princípios geradores da conduta técnica e administrativa no Centro de referência, encontrou-se a seguinte indicação: "a formação universitária obedecerá aos princípios fundamentados no respeito a dignidade humana, aos seus direitos naturais e terá em vista a realidade brasileira, o progresso da Pátria e o sentido de integração nacional" de acordo a menção no Título I - da Universidade e seus fins, Artigo 4º do Estatuto e Regimento Geral da Universidade onde o Centro deste estudo está inserido. Por outro lado, quando

se perguntou a respeito aos 23,1% dos servidores respondentes que disseram conhecer a filosofia do referido Centro, as respostas giraram em torno das expressões "formar, promover ensino, pesquisa, extensão, integração, trabalho com harmonia e responsabilidade, estabelecer convênios para a formação de profissionais da saúde".

Nos últimos anos, entretanto, de uma organização fria impessoal e "sem alma" preconizada inicialmente na revolução industrial, passa-se a prover as oportunidades e encontrar os caminhos para incrementar as relações humanas produtivas entre os indivíduos de um sistema social para melhor atingirem as metas pessoais e coletivas. Criam-se, então os grupos informais nas organizações para ganharem espaços dentro do grupo formal. A estrutura informal formada espontaneamente a partir das "conversas fortuitas de corredor" ou entre um "cafezinho e outro" permite estabelecer um sistema de controle social, com líderes naturais que promovem encontros para discutir situações na assistência de necessidades básicas do grupo subordinado. Este grupo, representa a organização informal cujas normas de comportamentos emergem do próprio grupo e não são pré-estabelecidas pela autoridade oficial.

Primariamente, atende mais aos interesses pessoais do que os institucionais. O líder surge também do grupo e não representa a imposição de uma estrutura superior. Como se nota no Centro os cargos de chefia a partir mesmo da Direção e Vice-Direção estão sendo produto de escolha direta aos servidores e alunos. Desta forma, vê-se que já há uma tendência intermediária entre o sistema organizacional clássico de forte corte autoritário e o democrático. Situação que de certa maneira causa certa contradição no desempenho da enfermei-

ra em circunstâncias que não há uma definição clara de modelo organizacional e do modo de agir frente a tomada de decisões.

De qualquer maneira em outras instituições, as enfermeiras ainda estão voltadas em sua maioria a reproduzir o modelo organizacional tradicional em todas suas atividades, até mesmo nos projetos de assistência ao indivíduo, família e comunidade. Quase sempre elas desempenham papéis de responsabilidade na sustentação organizacional do sistema para que outros atendam o cliente para o qual ela foi formada. Elas assumem compromissos e deveres, mas quase nunca os privilégios do poder decisório definitivo e último. Elas fazem parte de um esquema estrutural institucional onde raramente compartilham das decisões da classe hegemônica. Estão mais a serviço desta, do que dos interesses do cliente. As tão conhecidas delegações de funções à equipe subalterna ou a outros profissionais debilita o papel da enfermeira, fragiliza seu poder decisório, pulveriza sua participação técnica nas decisões de "cúpula" e a faz parte do sistema mediador de tensões, conflitos e confrontos entre as classes de autoridade e as de subordinação.

Esse papel de enfermeira assim diluído, confunde o cliente, o colega de trabalho, as chefias e a população em geral. Por tal motivo, ficou difícil para a enfermeira deste estudo, criar um "espaço diferente" num ambiente cuja representação social da profissional está atrelada a imagem tradicional, ainda que outros profissionais de enfermagem do mesmo Centro, demonstrem a diário, papéis bem diferenciados dos convencionais conhecidos.

Sabe-se, por outro lado, que a autoridade moral e a administrativa é essencial para alcançar as metas, coordenar e regular comportamentos e, é ainda em certas culturas e ideologias uma forma de assegurar papéis esperados em certas posições. Através dela é mantido o equilíbrio, porque a autoridade e o poder normalmente estão intimamente relacionados com a harmonia numa organização. Muito embora, discuta-se hoje se ela não representa uma certa estagnação organizacional dos sistemas sociais. Parece que o poder é o processo onde uma ou mais pessoas influenciam outras numa determinada situação a reduzir resistência na realização de mudanças num período de tempo. A esta altura King (1981) diz que poder é a capacidade ou habilidade de uma pessoa ou de um grupo alcançar metas, em todos os aspectos da vida e cada pessoa ter potencial de poder e autoridade. Desta forma prefere-se ficar no entendimento de que a enfermeira, assim como o cliente, tem um potencial de energia para ser usado em ação efetiva nas organizações. O uso deste tipo de poder na sociedade é chamado "política", constituindo-se no processo através do qual é distribuído e exercido com ênfase nas decisões coletivas. Pensa-se que o que se deve explorar mais, são as oportunidades de aprender a usar com frequência o poder político no exercício da assistência de enfermagem. Por falta de hábito, de experiência e até mesmo de conhecimento, a enfermeira reserva-se a um segundo plano no seu papel e posição social de propulsora nas mudanças dos sistemas de assistência e de ensino.

A cada "status" (posição) corresponde um papel, ou seja um conjunto de direitos, deveres, privilégios e obrigações que definem oficialmente a conduta do titular da posição. Os

indivíduos como os clientes e as enfermeiras, no entendimento de King (1981), têm diferentes experiências de vida nos mais diversos sistemas sociais, seja em suas próprias ou diferentes famílias, nas escolas, igrejas, hospitais e muitas outras instituições e grupos. Cada uma destas experiências está marcada pelas crenças, comportamentos e valores que distingue uma das outras. Entretanto, culturalmente é comum no Brasil encontrar-se certas características comuns nas estruturas organizacionais desses diversos sistemas sociais, no que se refere as práticas formais e informais de poder e autoridade. Em geral, dentro deles há certos elementos funcionais prescritivos quanto aos papéis, posições, linhas de comunicação, autoridade e poder decisório. Em geral, as estruturas definem os níveis de contato oficial e convivência social entre empregadores, chefes, coordenadores, empregados e subordinados. Estas estruturas portanto, definem o tipo de organização segundo o tamanho, a complexidade e o tipo de clima formal ou informal nas interações humanas lá desencadeadas. Provê as ordens e escalonamento de posições e atividades, divisão do trabalho, cobertura do controle, procedimentos, tarefas, regras e regulamentos, como fatores interferentes no fenômeno saúde e doença em um sistema social, que estão intimamente ligados às dimensões sócio-política-econômico-cultural e física, decorrentes do sistema social técnico administrativo vigente no Centro de Ensino Universitário deste estudo.

É bastante antiga a preocupação de alguns estudiosos sobre as dimensões econômicas, político-sociais e físico ambientais na determinação da saúde e doença. Já Hipócrates (460-377 a.C.) procurou estabelecer relações entre o ambiente, a organização, a política e a saúde, numa abordagem conceitual ecológica, desvinculada entretanto, do ambiente do trabalho. Hoje, através de diferentes sociólogos, sabe-se que a maioria dos determinantes do fenômeno saúde e doença nas sociedades capitalistas estão relacionados fundamentalmente com o sistema de produção, fonte de desigualdades e tensões sociais. Garcia apud Arouca (1975), julga que os processos de controle profissional da saúde-doença estão mais em função do alívio das tensões sociais e do aumento da extração de mais valia do homem, como elemento de produção de capital, do que pelo interesse de oportunizar a esse mesmo homem, a melhor qualidade de vida para sua auto-realização. A saúde como bem (valor biológico) pode ser considerada como elemento básico a ser consumido no processo produtivo. Seu modelo de assistência está diretamente ligado à manutenção e à reprodução da força de trabalho. Sendo assim, vinculado então aos interesses das classes dominantes, que determinam política e ideologicamente as relações de dependência dos agentes da área da saúde-doença. Estas permeiam a todas as esferas da vida nacional, seja nos meios de produção como na formação universitária, na pesquisa ou no desempenho profissional, através de conceitos, instrumental, recursos físico-químicos e tecnologia distanciadas do uso anti-econômico e inadequado a realidade da grande maioria da população. A literatura atual demonstra a falência do sistema de saúde brasileiro, como instituição social para solução dos problemas de sua área. Este sistema dicotomizado pa

ra atender as classes sociais privilegiadas por um lado e, por outro os menos favorecidos que, paradoxalmente, são os que lhe dão sustentação financeira. Reproduz na sua proposta prática, o discurso hegemônico que representa na ação curativa monocausal os interesses de recuperar o trabalhador para o trabalho, vendo apenas o órgão doente e não o indivíduo como um todo. Neste fenômeno conservam-se as idéias e os valores das classes dominantes da assistência à doença e não ao doente, pois nem sequer exploram as condições de vida desse trabalhador no seu meio social e na reprodução da saúde.

Alguns autores entretanto, pensam que a ação preventiva seria um dos caminhos para atender as necessidades decorrentes da produção capitalista e do próprio funcionamento do sistema econômico. Assim, o setor profissional da saúde, de sempenhar-se-ia através de um conjunto de atitudes preventivas, sociais-educativas numa unidade de ação. Nesta proposta Arouca (1975, p. 68) fala da viabilidade do projeto preventivista quando define que no interior do modo de produção capitalista está "a medicina (e obviamente todo o setor profissional da saúde) ligada simultaneamente ao processo de expansão do regime do capital que envolve a universalização da mercadoria, a redefinição das categorias profissionais, a criação de necessidades não satisfeitas, a distribuição desigual dos recursos, a tecnificação do cuidado, ligados aos chamados problemas sociais, onde se afirma a ideologia da ética natural e universal do modo de produção" . (...) "por outro lado, a produção do cuidado sofre influências do setor industrial que começa por produzir toda uma tecnologia da prevenção que passa a ser incorporada a certas práticas". Apesar dessa ideologia preventiva não ser nova na área da saúde, ela tem sido traduzida mais nos discursos

e nas filosofias escritas das instituições formadoras e de asistência do que na prática. Esta, é mais produto de uma representação simbólica docente e profissional da saúde, do que uma política aplicada no assistir. Sendo assim, procurou-se onhecer a situação saúde e doença da Comunidade de Servidores do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, a partir de sua História, Filosofia, Regimento e Regulamento. Através de um análise desses documentos legais que orientam a organização e a prática social do Centro, motivo deste estudo, consta ta-se que não existem expressos os valores e concepções filosóficas que caracterizam a prática institucional do ensino multiprofissional na área da saúde e suas relações com o sistema sócio-econômico-político cultural da sociedade brasileira e muito particularmente, com a região sul. Estes documentos, os do Centro de Ensino Universitário não definem conceitual, nem metodologicamente a forma como o Centro em questão participa, e através de quais caminhos contribui no processo de formar consciências e na transformação do homem, do governo e da nação brasileira. Não esclarece tampouco, de que maneira as autoridades e comunidade em geral concebem a realidade cultural, e de como usa seus recursos para incrementar seus desdobramentos nas atividades humanas em busca do seu desenvolvimento global e da consolidação da sociedade brasileira no concerto das nações do mundo. Através do estudo dos artigos 1º, 2º, 3º e 4º do Título I - Da Universidade e seus fins, do Estatuto e Regimento Geral da Universidade a que pertence, nota-se que cada parágrafo, em forma genérica traduz a intencionalidade, sem se definir conceitualmente em cada área do saber e muito menos a particulariza. Segundo Brandão (1981) a prática da Educação é uma prática social como a saúde pública, a comunicação social, o serviço militar. Seu fim é o desenvolu

vimento do que na pessoa humana pode ser aprendido entre os tipos de saber existentes em uma cultura para a formação de tipos de sujeitos, de acordo com as necessidades e exigências de sua sociedade, em um momento histórico de seu próprio desenvolvimento, seja ele de suas forças produtivas ou de seus valores culturais. O autor entende também, que a educação não serve apenas à sociedade, mas à mudança social e à formação conseqüente de sujeitos e agentes na e da mudança social, quer seja no plano social, sócio-econômico, nacional regional ou das comunidades. Numa análise da educação como processo social, o mesmo autor cita as conclusões do estudo do norte americano Wilbur Brookover(1978) quando se refere aos elementos conservadores da sociedade, a semelhança da nossa sociedade, com um sistema de produção capitalista, controlam o processo de tal maneira, que não haja mudanças significativas", exceto nas área de interesse dos grupos dominantes e que na melhor das hipóteses, a educação atue como um agente interno de mudanças sociais, mas nunca externo em direção a um mundo melhor Brandão (1981). Neste caso, a educação passa a ser de um bem de uso a bem de troca, programado nos gabinetes, onde os interesses das classes dominantes são interpretados, sem consultar aqueles que fazem parte do processo, já que representa "um bem" para todos. Pensa-se então, que esta situação é geradora da indefinição dos propósitos, do Centro de Ensino deste estudo, de sua história e de sua filosofia. Provavelmente, existe alguns outros documentos específicos em cada área docente, que dão definições mais explícitas a respeito, a semelhança do Marco Curricular do Curso de Mestrado de Enfermagem do próprio Centro (Anais POSGRADEN, 1986). Esta referência consubs-

tanciada na época, com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, o Plano Decenal de Saúde para as Américas, o Plano Nacional de Pós-Graduação e o Diagnóstico do Nível de Saúde da Região Sul, entre outras definições filosóficas que evidenciaram no seu texto o assumir uma postura clara frente a sua prática social. Não cabe aqui discutir se este é o melhor caminho para desenvolver o processo de Educação permanente na Enfermagem Sul Brasileira. O que se quer sim, é levantar a problemática causada, se esta definição filosófica não estiver identificada com os marcos de outras áreas docentes do mesmo Centro, já que os recursos locais, e os da Universidade como um todo e as instituições de saúde que integram o sistema de apoio ao ensino e a aprendizagem, fazem parte da estrutura global de assentamento das ações decorrentes do Marco mencionado, segundo o que está estabelecido no Estatuto e Regimento Geral da Universidade deste estudo, 1984 p.12. Esta constatação, como um exemplo da análise, é um elemento de contradição que no cotidiano condiciona os desencantos, os desencontros, os desgastes, as frustrações geradores de insatisfação individual e coletiva por parte dos servidores e alunos. Pergunta-se, se a luta constante e infrutífera contra os efeitos de uma situação histórico-filosófica indefinida de uma instituição não é o campo fértil para a alienação, a reificação e o feitichismo? O Processo fantástico no qual as atividades humanas começam a se realizar como se fossem autônomos ou independentes dos homens e passam a dirigir e comandar a vida dos homens sem que estes possam controlá-las. São ameaçados e perseguidos por elas, tornando-se objeto delas. Chauí (1987) segue no seu pensamento por que os homens conservam essa realidade? Como explicar que essa realidade nos apareça como natural, normal, racional, aceitável? "Ain

da poder-se-ia acrescentar por que há os que se submetem conscientemente a essa situação, numa interpretação invertida dos seus compromissos sociais? . Pensa-se que talvez seja esta situação, entre outras, o caminho fácil a ser percorrido pelos servidores "descrentes", para a "desmotivação" e a falta de participação nas ações que se rotulam como ações de bem comum. Por todas estas argumentações, pensa-se que a assistência em saúde e doença deve começar por priorizar o trabalhar juntos, os servidores na interpretação dos valores e concepções do papel social do Centro e cada um em particular, na prática transformadora do seu sistema social e da sociedade. Faz-se necessário a reflexão sobre as contradições das desigualdades sociais, profissionais e das categorias funcionais dentro do Centro. Já Freire (1983) diz que somente um ser é capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é, e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se . O trabalhar as desigualdades de classes, os conflitos de interesses e a homogeneização das aspirações pode promover o despertar progressivo dos níveis de consciência e o iniciar no processo de identificação pessoal e social neste Centro Universitário, através da recriação do espaço social dentro de uma concepção de respeito as realidades individuais, numa visão comum de mundo. Esta concepção pode permitir a invenção de um novo código de trocas no interior das classes e entre as classes dos servidores, um novo teor nas relações sociais e laborais para a defesa de seu mundo, e cada um deles ser representante desse mundo dentro e fora do es-

paço de trabalho.

Esta proposta pretende alcançar os níveis mais altos de convivência positiva, como fator inexaurível de saúde e bem-estar, num processo preventivo-terapêutico institucionalizado de percepção, comunicação e interação, para que os servidores, como um sistema social, tomem parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens desse mesmo sistema social, segundo o pensamento de Ammann (1981). Em consequência, este processo de convivência produtiva criará o "clima" para a reflexão sobre os determinantes heterogêneos e múltiplos que incidem na organização e funcionamento deste Centro Universitário. O estudo amplo desde a história, filosofia, objetivos, e estatutos, regimentos e regulamentos até a análise das relações sociais e aspirações dos servidores, passando pela estrutura física, organizacional e política permitirá uma visão ampla e escalonada da realidade do nosso estudo. O Processo de Enfermagem desenvolvido e a partir dele, vislumbra-se a possibilidade de criar uma nova ordem interna promotora de saúde e preventiva de doenças.

Godoy (1984) recorda que a "verdadeira medicina preventiva (e com ela, a Enfermagem) é a única que tem sentido real e não aquela proposta pelo modo de produção capitalista, senão aquela a qual este sistema se opõe. É a que busca as causas patogênicas e as elimina, em vez de ficar nos efeitos e as disfarçar sob o artifício do seu conhecimento precoce. Se as causas estão no modo de produção, no sistema político, no ritmo forçado de vida que o capitalismo moderno impõe, poderia a medicina (como a enfermagem e outras profissões da área

da saúde) lutar contra os excessos capitalistas e a favor do homem, como mediadora de seu poder sobre os homens. Por outro lado, esta medicina não se limita a excluir nem a negar o doente". Entretanto, o que o autor quer dizer é que não se permita mais reduzir pessoas a doentes, doentes a doenças e doenças a órgãos mais afetados, onde a individualidade está descaracterizada, despersonalizada longe de sua origem e de sua história. O que se pensa é que o profissional e cliente, doente ou não, criem um espaço de reflexão para encontrar as causas primeiras, as forças necessárias e os caminhos para combater a descrença, a desmotivação e a falta de participação nas ações de bem comum e nesta circunstância as que falem de saúde e de doença. Para tanto, é inevitável promover o desenvolvimento de uma consciência global do homem para recriar seu mundo, a partir da análise, a nível das manifestações do cotidiano em relação ao seu produto.

Entende-se agora que só é possível trabalhar "com e para" a comunidade num sistema social, a partir do mesmo, da interpretação da sua história, da sua filosofia, da sua estrutura e de seus objetivos, pois são eles que são motivo de agrupamento dessas pessoas e justificam sua existência. De tal forma que se permita através dessa análise e do conhecimento teórico e do saber popular, ter uma visão cultural e técnica que leva a comunidade-cliente e enfermeira interpretarem e interferirem no fenômeno saúde e doença desse sistema social longe do processo de "desmotivação" citado por alguns servidores.

Quando se pensou estudar a situação de saúde e doença

do Centro de referência não se esperou encontrar condições adversas à participação na assistência, como a que se acabou de mencionar. Entretanto, esta circunstância parece ser comum entre os principiantes no trabalho de dinâmica de comunidade, onde a enfermeira é apenas um instrumento nas decisões do grupo social, que dinamiza ou não o processo e dele faz parte. Parece ser que esta característica do Processo de Enfermagem, que incentiva a participação polêmica, reflexiva e atuante do cliente exigindo da enfermeira perícia muito especial. A aplicação dessa metodologia que atenda uma assistência ampla, complexa e que requer prazos longos. De certa forma, neste caso o que não foi atendido pela enfermeira, foi pelo menos evidenciado como fundamental problema, aberto a um estudo específico futuro em potencial como já se sugeriu anteriormente. Apesar disto a enfermeira entendeu que poderia se iniciar o processo de conhecimento sobre a situação de saúde e doença, através de sucessivos encontros para expor e discutir os dados levantados através dos questionários aplicados, como um dos mecanismos para estudar a situação de saúde e doença dos servidores respondentes. A partir do conhecimento desses dados mobilizar os interesses do sistema social para viabilizar alguma forma de Assistência Participativa por entender que o Processo Participativo de Assistência de Enfermagem comunitária de antemão pressupõe algum Plano de Ação onde seus projetistas executores comungam princípios, objetivos, metas e estratégias. De alguma maneira, envolve um significado social na ação de assistir com a comunidade cuja mobilização pode ser entendida pelos sociólogos como Movimento Social.

Assim Von Stein (1840) idealizador no século passado do termo "Movimentos Sociais", defendia a necessidade de uma

ciência da sociedade que os estudasse. Já neste século, segundo Scherer-Warren (1987) surgiram outros estudiosos que defendem a Sociologia dos Movimentos Sociais e os caracterizam como "um grupo mais ou menos organizado sob uma liderança determinada ou não, possuindo um programa, objetivos comuns ou plano comum, baseando-se numa mesma doutrina, princípios valorativos ou ideologia, visando um fim específico ou mudança social". Entretanto, na Sociologia Marxista sob uma perspectiva filosófica distinta, faz recair sobre critérios análogos o conceito de "movimento social" como sendo: a necessidade de organização da comunidade de interesse.

Desta forma Gutierrez (1976), filósofo e teólogo peruano também diz que a teologia da libertação é um novo modo de fazer teologia; assim pensa Souza (1987, p. 101) quando fala que "a mobilização ajuda a despertar a cidadania e a solidariedade nos grupos heterogêneos ou nos inter-classistas que trabalham os problemas do consumo, os ecológicos, e outros". A autora (op. cit.) ainda cita Baron quando se refere à potencialidade que existe nesses grupos para a formação de auto-consciência coletiva. Os movimentos sociais nascem a partir de um problema local, imediato, concreto e seu desenvolvimento tende a ampliar as reivindicações a esferas mais amplas da realidade social. Quanto ao papel do profissional: Souza (1987) diz ainda: O papel do profissional no desenvolvimento dos movimentos sociais numa comunidade é o de contribuir, vinculando-se organicamente no processo e junto com a população, refletir sobre a realidade da área, sobre as condições de enfrentamento dos interesses e preocupações existentes, definindo em conjunto de planos de ação para atendê-los, avaliando-as e redefi-

nindo-as em função de uma realidade em mudança.

Gutiérrez (1977), Souza (1978) acreditam que os movimentos sociais nascem de um problema local, imediato, concreto e através de seu desenvolvimento surge a auto-consciência coletiva e a força para sua libertação, e assim acreditou-se também que aplicada a Enfermagem, como uma ideologia de libertação, possa surgir uma nova forma de assistir a grupos heterogêneos em saúde e doença e de certa maneira, um caminho para a transformação.

Rezende (1985, p. 11) diz ainda "que a Enfermagem não pode ser reduzida a um certo número de procedimentos técnicos, absolutamente objetivos e alheios ao contexto social. Ela é, e sempre será uma prática política, e como tal carregada de valores" ... "marcada por uma opção consciente de inconformismo com o atual estado de relações sociais e com o compromisso de sua transformação" (Ibidem, p. 11).

"No pensamento gramsciano todos os homens são "filósofos" ou seja tem uma concepção de mundo que se expressa em sua linguagem, no senso comum, na religião popular e no folclore. Entretanto, a filosofia como concepção crítica do mundo, como forma de conhecimento realiza a crítica daquela filosofia espontânea natural, transformando o senso comum em "bom senso", "(Scherer-Warren, 1987). Gramsci (1978, p. 20) "homem ativo da massa atua praticamente, mas não tem uma clara consciência teórica desta sua ação, que não obstante, é um conhecimento do mundo na medida em que o transforme. Pode ocorrer, inclusive que sua consciência teórica esteja histórica

mente em contradição com seu agir. É quase possível dizer que ele tem duas consciências; uma, implícita na sua ação, e que relativamente o une a todos os seus colaboradores na transformação prática da realidade; e outra, superficialmente explícita ou verbal, que ele herdou do passado e acolheu sem crítica ainda que esta não seja inseqüente: ligando-a a um grupo social determinado, influenciando na conduta moral, na direção da vontade, podendo atingir um ponto no qual a contrariedade da consciência não permite nenhuma ação, nenhuma escolha e produz um estado de passividade moral e política”.

Quanto a Direção e Organização do movimento social - os autores dizem, segundo Scherer-Warren (1987), que há contravérsias quanto a necessidade ou não de uma direção para os sistemas sociais. Fala-se em basismo e no vanguardismo. O primeiro, tenta reduzir ao mínimo necessário as lideranças intelectuais, políticas ou de outras formas. Procura a participação equivalente de todos os membros do grupo em todos os níveis de decisão. Enquanto, que o segundo defende a liderança para dar direção ao movimento e favorecer a conscientização dos membros do grupo participante. Há riscos nos extremos dessas duas tendências. Entretanto, o equilíbrio estaria num excelente relacionamento entre a direção e a base que através de reflexão conjunta pudessem chegar à decisões libertadoras e de autonomia, fosse através da práxis na atividade teórica, na produtiva e na política. Assim, os homens constroem vínculos e relações mútuas que atuam sobre a natureza, sobre si mesmos e sobre outros homens, transformando a si mesmo, a natureza e ao outro homem. Eles somente produzem colaborando de uma determinada forma, e trocando entre si. A teoria crítica atua na formação desta consciência. É assim que se processa a prática produtiva como uma forma peculiar de manifestar a vi-

da, onde os homens livremente associados, são submetidos a seu controle consciente e planejado, num projeto permanente de crescimento autônomo dos movimentos sociais.

Castoriadis (1982) interpretando Marx, numa versão atual, diz que a autonomia é mais que a liberdade abstrata. Entende que no plano individual é o domínio do inconsciente, pelo consciente e no plano coletivo é a possibilidade de auto-instituição da sociedade. O autor, além de Touraine (1981) e Guattari (1981) diz que o fortalecimento da sociedade civil está na correlação de forças dos movimentos sociais autônomos capaz de romper os esquemas de inibição e alienação humana decorrentes de uma sociedade menos livre para pensar e decidir.

Neste sentido, Marx (1985) discorre sobre a natureza da ação para a transformação, sobre a natureza de sua dinâmica (a práxis) e sobre a proposta de transformação (o projeto) sobre os princípios que orientam a proposta (a ideologia) e sobre os condutores do movimento (a direção/organização). Na mesma dimensão Vazquez (1977) concorda com Marx quando diz que a práxis como atividade material humana é transformadora do mundo e do próprio homem. Desta forma, a práxis é toda ação para transformação do social dentro de um certo grau de consciência crítica que contém no seu bojo, uma dimensão ideológica e um projeto; a fim de haver condições de libertação e conseqüente transformação, Touraine (1981) diz também que o projeto ideológico tem como objetivo profundo modificar a situação de base por uma tomada de consciência de suas contradições, de seu sistema de idéias, crenças, mitos e

representações pertinentes a uma sociedade de classes. Outros ideólogos definem a ideologia dominante como um conjunto de valores estabilizadores do sistema social em favor da dominação de uma classe, mascarando a realidade como falsa consciência das classes dominadas. A seguir Scherer-Warren (1987) acrescenta que o projeto, elemento de práxis, procura que o grupo, ou movimento social modifique sua realidade social, suas metas, seus objetivos e as utopias na produção transformadora do social "sem fim".

Com esta constatação sentiu-se a falta de haver ampliado o marco conceitual logo no início, nessas áreas específicas que identificam e explicam os movimentos sociais. De certa maneira, alcançou-se identificar, em forma participativa o sintoma de desmotivação para a ação grupal e que, muito provavelmente esteja muito presente nas relações sociais do cotidiano no Centro de Ensino deste estudo. Razão forte demais para seguir sendo explorada no futuro, face a proposta de realizar um processo de conscientização progressiva e comunitária em matéria de conceituação, assistência, ensino e pesquisa na área da saúde e doença. A autora deste trabalho pensa que seja esse estudo, a base para dar continuidade ao plano futuro, para desbloquear a participação comunitária, crescimento e desenvolvimento do Centro de Ensino Universitário que se propõe explorar filosófico e metodologicamente a "saúde".

A partir, portanto, dos conceitos que dinamizam os movimentos sociais, procedeu-se a Avaliação da Situação de saúde e doença, face ao levantamento dos Dados Básicos, que trouxe informações sobre os diferentes aspectos trata

dos nos questionários. Soube-se de antemão, que as respostas a estes instrumentos correspondiam à variedade de percepção de cada respondente. Por tal motivo, não se teve previsão sobre como as situações sociais e do ambiente, compartilhado pelo trabalho no Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, seriam vistos e sentidos pelos próprios servidores. Entretanto, acreditava-se que eles expressariam diversas formas de sentimentos, interesses, opiniões e expectativas. Sendo assim, não se previu quais destas manifestações seriam consideradas "problemas" pela comunidade em estudo. Na tentativa de discutir critérios para avaliar a situação encontrada elaborou-se alguns indicadores como referência para avaliação. V. Apêndice nº 1 os quais deverão ser analisados pela comunidade-cliente, segundo as decisões tomadas pelos servidores no plano de assistência.

Entendeu-se que nesta fase de Avaliação do Processo, a crítica verbal e escrita (sem identificação pessoal), caracterizou-se pelo emprego dos conceitos percepção, comunicação, interação e transação. O servidor percebeu, analisou e concluiu, naquele espaço e naquele tempo em que foi solicitado, para avaliar a situação. Pensa-se que este espaço, exemplifica o uso da transação mútua e sistêmica segundo King. Dewey e Bentley apud King (1984) dizem que os humanos geram um "mundo de suposições" a fim de levar a cabo atividades significativas para alcançar suas metas. Esse mundo é a realidade de cada pessoa, através da forma de como o vê, a maneira pela qual ele influi em nós, e nós, nele. Cada ação humana é o resultado de uma transação na qual a pessoa desempenha um papel ativo. Quanto mais exata é a percepção, mais perfeita é a interação e conseqüentemente mais efetiva será

a transação. Em consequência, não se pode compreender a percepção mais simples sem considerar a variável - meta. Assim, os acontecimentos unicamente podem ocorrer, em algum meio ambiente se se tem algum propósito que requer alguma ação, cujo grau de consciência ou percepção, baseou-se nas experiências passadas e objetivos presentes.

A transação, segundo os autores Ittleson e Contril apud (King, 1984), implica em duas coisas. Primeiro, que todos os fatores da situação entrem na transação como participantes ativos e segundo, que sua razão de ser nesta situação se deva ao fato de sua participação ativa e que não apareçam como entidades já existentes, que meramente interatuam com cada um, sem afetar sua própria identidade. Assim como o explicitado nesta etapa, a avaliação do Processo de Enfermagem representou o intercâmbio de informações, entre os Servidores-respondentes, como comunidade-cliente e a enfermeira. Esta troca de percepções, através da transação no avaliar, conferiu poder social ao cliente de julgar o papel da enfermeira e do negociar novas ações e cooperar com ela para novas experiências, num processo de trocas recíprocas progressivas para que as transações fossem únicas e próprias de cada realidade.

A partir da etapa de análise do registro do Processo de Enfermagem conseguiu-se levantar as informações necessárias, pertinentes ao desenvolvimento das suas etapas na prática concreta, de acordo a cada conceito empregado. O que se notou é que a cada novo contato humano ou situação relatada foi exigido da enfermeira, uma estruturação na sua conduta e busca de novos conhecimentos para adequar-se a percep-

ção, ao tempo e espaço do outro.

Por tal motivo, os comentários relatados pela enfermeira, podem não coincidir plenamente com a realidade percebida e relatada pelos servidores participantes do Processo. Isso corre por conta também pelo fato de ter sido esta dissertação redigida somente pela Enfermeira, muito embora ela tenha procurado ser fiel as expressões verbais e escrita dos servidores-respondentes. Esta é mais uma razão para justificar o trabalho comunitário, como uma ação cooperativa e participativa desde o seu começo até ao fim. Nesta circunstância, isto não foi possível por questões operacionais. Espera-se entretanto, que esta dissertação, ressaltando-o seus equívocos possa ser de utilidade para as futuras reflexões prévias as ações da assistência a saúde-doença dos servidores em questão, bem como a elaboração e prática dos planos de ensino de enfermagem e de outros profissionais da área da saúde.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste trabalho há uma tentativa de esboçar um futuro novo papel para a enfermeira, condicionado pela formação profissional coerente, mediante a reflexão crítica sobre os interferentes no processo de saúde e doença de uma comunidade e, os mecanismos que esse sistema social utiliza para agir e reagir frente aqueles efeitos sejam de caráter humano-ambiental ou profissional. Assim, nesta busca, procurar-se-á encontrar o caminho da auto-determinação profissional, no entendimento das razões sociológicas e políticas de seu existir, como elemento de transformação da ordem social e técnica das instituições de ensino e assistência à saúde e, na interpretação do seu compromisso social, frente ao cliente-comunidade, um tanto diferente do que se tem realizado tradicionalmente.

Apesar deste trabalho ter sido realizado propositadamente, num sistema social de ensino, de alto nível intelectual-científico e político, a enfermeira preocupada em dar conta das exigências acadêmicas de seu curso de mestrado não teve toda a oportunidade desejada para enriquecimento com outros profissionais e suas contribuições recíprocas.

Houve um número limitado de encontros, apesar das insistentes variações de estímulos e abordagens para motivar aque-

le outro grupo de servidores para participar do processo de Enfermagem. Esta situação constitui-se, em grande perda na experiência da enfermeira, visto que as trocas científicas te riam sido muito ampliadas, de acordo com o esperado. Por outro lado, parece que o processo de "desmotivação" habitual no ambiente é um sintoma social importante a ser estudado como sendo, possível determinante das trocas intelectuais e políticas deficitárias da enfermeira nessa experiência, exemplo do que ocorre habitualmente nessa comunidade. Assim, acredita-se que este é somente o começo de uma longa caminhada onde o processo de enfermagem, através do grupo disponível de verá prosseguir, num trabalho progressivo e cumulativo de encontros com os servidores - comunidade-cliente - no sentido de atingir a grande base populacional.

De qualquer maneira, apesar de poucos participantes, na prática da assistência de enfermagem, aproximadamente 17% do universo do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde , pensa-se que houve um primeiro passo de conscientização sobre a necessidade de começar a falar sobre saúde e doença fora das salas de aula, dentro de uma comunidade heterogênea. A aplicação das seis etapas metodológicas do Processo de Enfermagem, permitiu identificar os diferentes determinantes humanos e ambientais que interferem favoravelmente ou não, no processo de saúde e doença dos servidores do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde. Permitiu ta m_ãm reconhecer e compreender grande parte dos condicionantes bio-sócio-econômicos à luz dos conceitos teóricos aplicados. Entretanto, foi impossível visualizar e explicar as razões mais profundas do comportamento da maioria do co letivo, quando deixaram de comparecer massivamente aos encontros, onde se pretendia tratar da saúde e doença. Esta si-

tuação revelou uma atitude de inconsistência frente ao tema, que de certa forma é a razão do existir do citado Centro. Acredita-se porém, que analisando mesmo superficialmente a ausência massiva dos servidores envolvidos, chegue-se a diferentes interpretações. Entretanto, supõe-se que estas razões estejam associadas entre outras, às razões mais profundas de ordem social, política, histórica, filosófica, cultural e organizacional da própria sociedade e universidade brasileira. Eis porque, pensa-se que este, sendo o ponto nodal da questão, merecerá ser o capítulo inicial futuro para qualquer iniciativa, em matéria de processo de assistência em saúde e doença, como elemento desencadeador de uma nova perspectiva de ensino e desempenho profissional na área específica, já que pelas aparências e dados coletivos o maior problema que afeta a saúde dessa população não é essencialmente de caráter biológico, mas sim, social.

Entende-se que um estudo futuro profundo sobre as forças que impulsionam os sistemas sociais a agirem, reagirem ou não, constituir-se-á no instrumental requerido para as pessoas e grupos direcionarem-se para as conquistas de metas comuns, e desta forma o enriquecimento do cliente e da enfermeira, será recíproco em seus diferentes papéis de agentes sociais de mudança em matéria de saúde e doença. Na busca espontânea, desse instrumental constatou-se que a enfermeira interagiu com seu cliente quase sempre numa relação superficial sócio-profissional, aprovada em percepções recíprocas, mais externas do que internas e que alteram em profundidade, as oportunidades que ambos dispuseram para interagir sobre algo que lhes interessava. Para atingir esta meta é essencial esclare-

cer sinais ambíguos nas relações tais como estresse, medo, ansiedades, interrogantes e expectativas, condicionantes maior da complexidade nas situações onde as enfermeiras devem atuar. Os constantes avanços nas ciências naturais do comportamento, tecnologia e política repercutem na conduta das enfermeiras mediante a necessária atualização, ajustando-se as mudanças sociais, econômicas, culturais e afetivas dos seus clientes, indivíduo, grupo ou comunidade.

Apesar de todas as ressalvas literárias, só se compreendeu sua dimensão, após a aplicação do processo de prática de enfermagem, estruturado para atender metodologicamente o indicado. Entretanto, conseguiu-se "palpar" a Versão Conceitual a cada novo "insight" no transcorrer do mesmo.

Após esta experiência de aprendizagem, a enfermeira, deste estudo deu-se conta que estas mudanças repercutem na formação profissional, através da contínua aquisição de conceitos e habilidades, a medida das mudanças das condições de vida biológica, afetiva e social do cliente e da enfermeira. Esta convicção está no discurso habitual da profissional. Entretanto, foi necessário, tentar aplicar uma metodologia não tradicional de trabalho para "sentir na pele" a vivência real de tal afirmação já que a enfermeira pressupôs que o fato de tratar com uma comunidade-cliente, supostamente cônica, dos significados da saúde e doença, faria da experiência, uma aprendizagem global. Esta percepção ingênua fez com que se pretendesse assistir a um estado do homem - comunidade, sem que o conceito saúde e doença fosse amplamente constatados. O

início deste trabalho, ao ver da enfermeira deveria ter sido, portanto, a partir de uma exploração do universo conceitual conhecido de saúde e doença e seus determinantes. Sentiu-se no ambiente acadêmico e não docente, diversas versões de saúde. Causava freqüentemente certa espécie quando se procurava conhecer as percepções sensoriais dos servidores do Centro de Estudo. Parecia que alguns se perguntavam o que tem a ver isto com saúde e doença? Frente a estas percepções e outras relacionadas com o ambiente organizacional do mesmo Centro, sentiu-se que um bom grupo de respondentes dos questionários supôs inadequação ou falta de relação daqueles dados com os determinantes de saúde e doença. Sendo assim, este estudo não foi suficiente para explicar as fontes sociais, culturais, econômicas e políticas indispensáveis; para compreender e atuar no mecanismo vigente dos movimentos sociais da comunidade do Centro desse estudo.

Os objetivos deste trabalho, portanto, não foram plenamente alcançados, apesar de inestimável contribuição que deu à percepção desta enfermeira. Esse acréscimo se revela quanto à veracidade dos postulados no processo de conscientização progressiva que condiciona o assistir e seu correspondente ensino, na medida em que se dá uma nova consciência sobre o particular. Assim, um novo passo foi dado em direção a um conceito e uma prática no futuro, tanto no ensino como na assistência e pesquisa de enfermagem.

Espera-se, que haja prosseguimento desse processo pelo grupo que se voluntariou para tal fim. Julga-se, por outro lado, sobre a importância dos novos encontros que irão surgir, pois são indispensáveis para desarmar e armar conceitos e es-

truturas, dentro de um novo enfoque de ensino e prática na área de promoção da saúde, da prevenção e controle de doenças, bem como da assistência aos servidores, nessa proposta.

Frente a necessidade de seguir estudando a multiplicidade de fatores causais, tanto de ordem humana como ambiental e estrutural, na determinação do processo saúde e doença e conseqüente assistência, recomenda-se que se envide esforços para despertar novo e continuado interesse no desvendar da realidade do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, seja como iniciativa da própria comunidade interessada ou como contribuição do Curso de Mestrado de Enfermagem do Centro deste estudo, para construir novas plataformas do saber, não só para a Enfermagem, como para as outras carreiras da área da saúde.

CAPÍTULO XI

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBISTUR, R. O.. Acondicionamento térmico natural. Arquitetura e clima. Porto Alegre, D. Luzzatto Editora, 1985.
2. ALBOU, Paul.. Problèmes humains de l'entreprise. 3 ed., Paris, Bordas, 1982.
3. AMMANN, Safira B.. Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil. Sao Paulo, Editora Cortez, 1981.
4. AROUCA, Antônio S. da Silva. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese. 1975.
5. ARNDT & HUCKABAY, D. M. D.. A Administração em Enfermagem. Trad. Maria Stella T. de Oliveira e Chenir B. M. Pereira. 2. ed., Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1983.
6. BRANDÃO, Carlos R.. Pesquisa participante. 2ª ed., São Paulo, Editora Brasiliense S. A., 1981.
7. BREILH, G & GRANDA, E.. Investigação da Saúde e na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. Tradução Jose da R. Cavalheiro et alii., 2ª ed., São Paulo, Editora Cortez; Instituto de Saúde - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
8. CASTORIADIS, Cornelius. A instituição imaginária da sociedade. Tradução de Guy Reynaud. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.

9. CHAUI, Marilena de S.. O que é Ideologia. 24ª ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.
10. DARHENDORF, R.. As classes e seus conflitos na sociedade industrial. 3ª edição, Brasília. Editora da Universidade.
11. DE LORENZO NETO, A.. Sociologia aplicada à administração. Sociologia das Organizações, 1918, 6ª ed. São Paulo, Atlas, 1978.
12. DEWEY, J. & BENTLEY, A.. Knowing and Known, Boston, Beacon, Press, 1949.
13. DINARDO, P.. In: Riehl - Sisca, Joan,. Conceptual Models for nursing Practice, 1988.
14. DUBOS, René. Mirage of health, Garden City, New York . Doubleday, 1961.
15. ERIKSON, Erik. Child hood and society, New York, Norton, 1950.
16. ETZIONI, A.. Modern Organizations. New Jersey, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1964/75.
17. EZPELETA, Justa & ROCKWELL, Elsie. Pesquisa Participante. Tradução de Francisco S. de A. Barbosa, São Paulo, Editora Cortez, 1986.
18. FERNANDES, Feorestan. Comunidade e Sociedade. São Paulo, Nacional, 1973.
19. FREIRE, Paulo. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
20. _____. Como trabalhar com o povo. Textos de Saúde Pública. São Paulo, Pastoral da Juventude, 1982.
21. _____. Pedagogia do oprimido. 13ª ed.. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
22. GARCIA, L. A.. El hombre Y su medio ambiente, México, Editora Cajica, 1968.

23. GARRAFA, V.. Contra o monopólio da Saúde. Temas para debate. Rio de Janeiro, 1983.
24. GESELL, Arnold. Infant Development. New York, Harper & Row, 1952.
25. GODOY, Eduardo Castillo. Salud y Cambio Social. Por un sistema integral de salud. Madrid, Grupo Cultural Zero, 1984.
26. GORDON, J. E. & AUGUSTIN, D. L.. Tropical environment and communicable disease. Am. J. M. Sc. 216:343-357 , 1948.
27. GRAMSCI, Antonio. Concepção dialética da história. Tradução de Carlos N. Coutinho. 2ª ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.
28. GREEN, Lawrence & ANDERSON, C. L.. Health Community. 5ª ed., St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing 1986.
29. GRIFFITH-KENNEY, J. W. & CHRISTENSEN, P. T.. Nursing Process: application of theories, frameworks and models. 2ª ed., St. Louis. The C. V. Mosby, 1986.
30. GUATTARI, Félix. Revolução Molecular. Pulsações políticas do desejo. Tradução Auely B. Rolnik. São Paulo , Ed. Brasiliense, 1981.
31. GUTIÉRREZ, Gustavo. Teologia da Libertação. Tradução Jorge Soares. 2ª ed., Petrópolis, Vozes, 1976.
32. HADLEY , B. J., The Dynamic Interacionist Concept of Role, The Journal of Nursing Education, 6(2), abril 1967, 5-25.
33. HAGUETTE, Teresa M. F.. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis, Editora Vozes, 1987.
34. HARDY, M. E. & CONWAY, M. W., Role Theory. Perspectives for health professional. New York, Appletox - Century-Crofts, 1978.

35. HERZLICH, Claudine. Health and Illness. A social psychological analysis. Tradução de Douglas Graham. European Monographs in social psychology nº 5. Series Editor Henri Tajfel. New York. Academic Press, 1973.
36. ITTLESON, W. and CAUTRIL, H., Perception: a transactional approach. Garden City New York, Doubleday, 1954.
37. JODELET, Denise. Réflexions sur le traitement de la notion de représentations social en psychologie sociale. In: Les Représentations, vol. VI, Paris, Édition Communication. Information, 1984.
38. KALUGER, G & KALUGER, M.. Human Development: the span of life, St. Louis, Mosby, 1974.
39. KING, Imogene M.. Toward a theory for nursing. New York John Wiley & Sons Inc., 1971.
40. _____ . A theory for nursing. Systems, Concepts, process, New York, John Wiley & Sons Inc., 1981.
41. _____ . Enfermeria como Profesion, Filosofia , principios y objetivos. Versão espanhola de Denise Capdeville e Irene L. de Ugalde, México, Editorial Limusa, 1984.
42. KING, Imogene M.. Curriculum and instruction in nursing, concepts process. East Norwalk, C. T. Appleton - Century - Crofts, 1986.
43. KLEIN, G.. Perception, motivation and personality, New York, Knopf, 1968.
44. LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G.. Medicina Preventiva . Tradução de Donnangelo, M. C. E. et alii; revisão técnica de Lucio Vasconcellos Costa, São Paulo, McGraw Hill do Brasil, Rio de Janeiro, Fename, 1976.
45. MAC IVER, R. M. & PAGE, Ch. h.. In: Feorestern Fernandes. Comunidade e Sociedade, 1973.

46. MARRINER-TONEY, Ann. Nursing Theorists and their work 2ª ed. St. Louis, Missouri, The C. V. Mosby Co. 1989.
47. MARX, Karl (1844). O pensamento vivo. Tradução José G. Simões Jr. Coordenação Martin Claret, Rio de Janeiro, EDiouro, 1985.
48. PARSONS, Talcott. The social systems. Illinois, Glencoe, Free Press, 1951.
49. POLETTI, Rosette. Les soins infirmière: théories et concepts. Paris, Editions du Centuriox, 1978.
50. REZENDE, Ana Lúcia M. de. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo, Cortez Editora, 1986.
51. RIEHL-SISCA, Joan P.. Conceptual Models for Nursing Practice. 3ª ed. East Norwalk, Connecticut, Appleton & Lauge, 1988.
52. SAN MARTÍN, Hermán. Salud y enfermedad, ecología humana. Medicina preventiva y social. 2ª ed., Mexico. La Prensa Medica Mexicana, 1968.
53. SARBIN, R. T., R. ALLEN, V. L. Role Theory. In: Lindzey, G., Aronson E. The hand book of social psychology. Massachusetts: Addison-Wesley, 1968.
54. SCHERER-WARREN, Ilse. Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica. 2ª ed., Florianópolis. Editora da UFSC., 1987.
55. SOUZA, Maria Luisa de. Desenvolvimento da Comunidade e participação. São Paulo, Editora Cortez, 1987.
56. THIOLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. 2ª ed.. São Paulo, Editora Cortez, 1986.
57. TORRES, Carlos Alberto. Leitura crítica de Paulo Freire. São Paulo, Edições Loyola, 1981.
58. TOURRAINE, Alain. O pós-socialismo. Porto, Editora A-frontamento, 1981.

59. VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. Filosofia da práxis. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
60. VON BERTALANFFY, L. General Systems theory. Foundations development and applications, Brazziller, New York, 1968.
61. VON STEIN, Lorenz, 1840. In: Ilse Scherer-Warren. Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica. 2ª ed., Florianópolis, Editora da UFSC, 1987.
62. WAITZKIN, H.. Teoria social y medicina. In: La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. México, Nueva Imagem, 1982.
63. WEBER, Max. Theory of social and economic organization. Organizado e traduzido por A. M. Menderson e Talcott Parsons. Nova Iorque/Londres, The Free Press , 1947.
64. WIRTH, Louis. Community life and social Policy. Selected Papers, Chicago, The University of Chicago Press, 1956.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

UM PROCESSO PARTICIPATIVO DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA FUNDAMENTADO EM KING:
EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ENSINO UNIVERSITÁRIO

por

Elisabete Costa de Vecchietti

Volume II - APÊNDICES
- EXCERTOS -

Florianópolis

1991

ÍNDICE DOS APÊNDICES

Apresentação.

Este volume II está composto por dois tipos de elementos de complementação do Volume I - Dissertação.

A primeira parte constituída pelo Apêndice, reúne os Indicadores para "Avaliação da saúde e doença da Comunidade-Cliente".

A segunda parte, os excertos do Relatório Final da Prática Assistencial de Enfermagem Comunitária - Dados Básicos Levantados referidos no texto da dissertação - Volume I. Servem portanto para esclarecer possíveis dúvidas a respeito.

A ordenação dos dados neste Índice está condicionada a conveniência da apresentação dos mesmos no desenvolvimento da dissertação. Assim não será obedecida a seqüência do instrumento na coleta dos dados. Estes são mais indicadores de análise do que propriamente um método quantitativo para ^{cl}condusões numericamente categóricas. Entende-se que é uma base de maiores e mais profundos estudos para o futuro. É interessante salientar que os comentários sob o título de "NOTA", após cada tabela/quadro tem um único efeito de auxiliar a interpretação dos dados por servidores não docentes, leigos em leitura estatística.

ÍNDICE DOS APÊNDICES
VOLUME II

APRESENTAÇÃO

I PARTE ELEMENTOS DE COMPLEMENTAÇÃO DO VOL. I - DISSERTAÇÃO.

"AVALIAÇÃO DA SAÚDE E DOENÇA DA COMUNIDADE-CLIENTE":

- INDICADORES 1 a 8

"AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS SERVIDORES EM SAÚDE E DOENÇA".

- MODELO DE INSTRUMENTO 9

II PARTE: EXCERTOS DO "RELATÓRIO FINAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL AOS SERVIDORES DE UM CENTRO DE ENSINO SUPERIOR - ÁREA SAÚDE; PROCESSO PARTICIPATIVO COM A COMUNIDADE-CLIENTE"

- APRESENTAÇÃO DE DADOS BÁSICOS - REFERIDOS NA DISSERTAÇÃO SOBRE:

AVALIAÇÃO DA SAÚDE-DOENÇA DA COMUNIDADE-CLIENTE:

1. DADOS SOBRE AMBIENTE FÍSICO-ESPACIAL-ORGANIZACIONAL E HISTÓRICO FILOSÓFICO DO "C.E.U." 10-12

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS SOBRE AMBIENTE FÍSICO-ESPACIAL-ORGANIZACIONAL

* Tabela 6 - Nível de apreciação do servidor em relação ao edifício do Centro-locais-serviços 13

* Tabela 7 - Percepções dos servidores dos órgãos dos e sentidos, no local de desempenho e re-

* Tabela 8 - dondezas do Centro 14-15

* Tabela 10 - Tipo de Avaliação dos Servidores em relação às condições das instalações e recursos de acordo a exigência da função que desempenha	16
* Quadro 14-15-16 - Outros locais/serviços para melhorar	17-18
* Tabela 9 - Tipo de sentimentos dos servidores em relação aos contatos interpessoais diários	19
 2. <u>DADOS SOBRE: AMBIENTE HISTÓRICO FILOSÓFICO DO CENTRO.</u>	
* Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS - nível de conhecimento do servidor em relação à história-filosofia-regulamento funcionário	20
* Quadro 2 - Qual é a filosofia do Centro? Princípios e normas	21
* Quadro 3 - Objetivos do Centro	22
 3. <u>DADOS SOBRE O HOMEM/COMUNIDADE-CLIENTE.</u>	
- Representações Gráficas:	
* Gráfico 1 - Distribuição de Frequências: servidores-respondentes dos diferentes departamentos da instituição	23-24
 DADOS SOBRE O HOMEM/COMUNIDADE-CLIENTE:	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:	
* Gráfico 2 - Servidores respondentes por faixa-etária	24
* Gráfico 3 - Servidores respondentes por sexo	25
* Gráfico 4 - Servidores respondentes por estado civil	26
* Gráfico 5 - Servidores respondentes por religião praticada	27

* Gráfico 6 - Servidores respondentes por descendência dos pais	28
* Gráfico 7 - Servidores respondentes por naturalidade	29
* Gráfico 8 - Servidores respondentes por grau de instrução	30
* Gráfico 9 - Servidores respondentes por remuneração bruta total mensal	31
* Tabela 10 - Algumas condições de moradia dos servidores respondentes	32-33
* Gráfico 11 - Local de refeições dos servidores....	34
* Gráfico 12 - Tipo de almoço dos servidores	35
* Gráfico 13 - Tipo de previdência social dos servidores	36
* Quadro 4 - Função principal do chefe	37
* Quadro 5 - Duas funções principais do servidor ...	38
- Distribuição de frequências dos servidores:	
* Quadro 14 - Outros locais para melhorar seu desempenho	39
* Quadro 15 - Outros locais/serviços para melhorar seu desempenho	40
* Quadro 16 - Outros locais/serviços para melhorar seu desempenho	41
* Tabela 33 - Conceituação de saúde	42
* Tabela 27 - Dos servidores respondentes das condições dos órgãos dos sentidos e dos dentes	43
* Gráfico 14 - Sentir-se mal no serviço	44
* Tabela 15 - Ocorrência de óbito entre mães e pais dos servidores	45
* Tabela 16 - Ocorrência de saúde/doenças de familiares e dos servidores	46
* Gráfico 23 - Relação pondo estatural dos servidores	47

* Gráfico 24 - relação pondo-estatural em relação a faixa etária dos servidores	48
* Gráfico 25 - Não fumantes e fumantes em relação a condição pondo-estatural e tensão arterial	49
* Tabela 26 - Não fumantes e fumantes em relação aos níveis tensionais	50
Distribuição de frequência:	
* Quadro 30 - Tipo de ajuda que falta para conservar a saúde de acordo a doença que o servidor teme	51
* Tabela 18 - Uso de medicamento e álcool pelos servidores	52
* Tabela 19 - Em relação ao exercício diário	53
* Tabela 20 - Em relação à recreação	54
* Tabela 21 - Em relação ao sono	55
* Tabela 22 - Em relação ao local de refeição	56
* Tabela 28 - Em relação as "doenças mais temidas" ..	57
* Quadro 29 - O que falta para conservar a saúde de acordo ao problema de saúde do servidor	58
* Tabela 11 - Tipos de avaliação em relação aos sentimentos	59
* Tabela 12 - Constatação dos servidores em relação a existência de programas de apoio ...	60
* Tabela 13 - Nível de conhecimento do servidor em relação a existência de planos/ações / pessoas para promoção de bem-estar e auto-realização no trabalho	61
* Tabela 32 - Existência de planos, pessoas/ações que promovem saúde e gostariam de contar com serviço de saúde no C.E.U.	62

1ª Parte

Apêndice

Avaliação da saúde e doença da
Comunidade-cliente

AVALIAÇÃO DA SAÚDE E DOENÇA DA COMUNIDADE-CLIENTE
- INDICADORES -

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIO

REFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

1. Ambiente geo-físico-espacial

Adequação à função e objetivo do CEU, bem-estar e desempenho dos servidores e alunos em razão da localização do terreno, aspecto topográfico, temperaturas ambiental, de umidade do ar, índice pluviométrico, iluminação solar, ventos.

2. Estilo arquitetônico, tipo de construção, estado geral das edificações, e dos locais essenciais do CEU.

Adequação à função e objetivo do CEU, bem-estar e desempenho de servidores e alunos em razão da área disponível para o trabalho, ventilação, iluminação, temperatura do condicionamento sonoro, estético, material e organizacional.

3. Plano paisagístico e arborização periférica do CEU.

Os espaços abertos, jardins e arborização, provêm aspectos ecológicos, estéticos, de lazer esportivo, de apoio ao pedestre e servidor motorizado, considera o bem-estar e o desempenho da função dos servidores.

4. Locais complementares de apoio do servidor do CEU.

Estão localizados adequadamente e atendem as necessidades funcionais do servidor em número e de qualidade de prestação de serviço.

5. Sistema de comunicação e serviços de apoio.

Adequados às exigências do desempenho dos servidores, descondicionando tensões emocionais, conflitos, menor qualidade laboral e insatisfação pessoal.

* CEU - Centro de Ensino Universitário - área da saúde.

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIO

6. Aspectos históricos, filosóficos e organizacionais do CEU.

7. Características demográficas da clientela.

8. Características do local de alimentação e tipo de almoço diário.

REFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

Conhecimento da maioria dos servidores sobre aspectos históricos, filosóficos e organizacionais, quando especialmente referem-se aos valores, objetivos e metas do CCS, aos documentos que legislam e regulamentam o trabalho e o desempenho dos servidores, bem como da estrutura organizacional da instituição, conhecem direitos, deveres, canais de acesso para solução de situações individuais e coletivas, recursos e métodos da administração para orientação, controle, avaliação e usufruto do pessoal.

As características predominantes encontradas nos servidores condicionam percepção, comunicação, a interação social individual e coletiva. As desigualdades etárias, de instrução, de descendência étnica, região de procedência e poder aquisitivo e econômico, de função e de autoridade condicionam diversos valores, comportamentos, crenças, interesses, opiniões e aspirações. Nestas circunstâncias surgem os pontos de controle do estresse, desajustes, condutas anti-sociais e doenças. A zona de procedência pode levantar suspeita de patologia endêmica selvática, ou rural.

Constituem informação a respeito da demanda habitual dos restaurantes e bares que de antemão caracterizam-se por um tipo de alimentação e como dietoterapia.

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIOREFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

9. Tipo de Previdência Social

O tipo de cobertura social condiciona os benefícios, vantagens e desvantagens oferecidas e quais seriam as propostas a serem feitas em função da problemática levantada, sobre a doença crônica incapacitante, tratamento medicamentoso, entre outros, assim como na promoção da saúde e na prevenção e controle da doença.

10. Dados Básicos sobre Saúde-Doença:

10.1 - Antecedentes familiares do servidor

Conhecer tendências familiares do servidor a fim de relacioná-las com dados pessoais, como sinais, sintomas e hábitos atuais condicionantes de risco.

10.2 - Antecedentes pessoais do servidor

Relacionar com condições de saúde atual, qualidade de desempenho e possíveis programas futuros de saúde.

10.3 - Hábitos atuais.

10.4 - Medicamento diário. (em uso)

10.5 - Condições da percepção sensorial

Relacionar com a capacidade de desempenho da função, e de interação social e justificar prováveis programas de saúde relacionados com as condições encontradas.

10.6 - Condições dos dentes.

Justificar prováveis programas de saúde oral: controle de cáries, falta de dentes, prótese, dor, entre outros.

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIOREFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

11. Queixa atual, se tiver.

Agrupar por sistemas orgânicos, região anatômica ou órgão referido pelo servidor, bem como a adaptação social ao grupo, ambiente físico e ao próprio trabalho.

11.1 - O que você acha de sua saúde? e Por que?

Pode dar-nos diagnóstico segundo a percepção do próprio servidor. Comparando com seus sinais vitais e demais dados poderemos avaliar a coincidência ou não dos mesmos; constituindo-se em uma tendência mórbida a ser clinicamente elucidada.

12. Para você saúde é: (conceito de saúde da comunidade-cliente)

Busca-se conhecer os graus de conhecimento sobre saúde, para servirem de ponto de partida para um trabalho mais profundo, no processo de conscientização da comunidade.

12.1 - Aspecto físico geral do servidor. (Relação entre o aspecto e o conceito de saúde manifesto).

Comparar as evidências de saúde e doença a partir da observação do cabelo, pele, ordem e limpeza de roupas, calçado e utensílios de uso pessoal; cor da pele do rosto, expressão do olhar, postura ao caminhar e sentido, gestos, expressões faciais e verbais, conduta.

13. O que lhe falta para poder conservar sua saúde?

Recursos financeiros para a distração, ir a festas, teatro, cinema, passeios, viajar nas férias; ou para comprar e fazer alimentação adequada, exercícios, ir ao massagista/fisioterapeuta; comprar os medicamentos receitados; ir ao médico; ir ao dentista; as filas do INPS e levantar muito cedo e não conseguir con-

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIOREFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

14. Quando você adoecer qual é a ajuda que precisa com mais frequência para seu cuidado?

sulta; trabalha fora e em casa - não pode fazer repouso como foi indicado; não se acostuma a comer com pouco sal e sem gordura; tem medo de ir ao dentista entre outros problemas que possam ser mencionados pelos servidores.

Encontrar alguém que atenda ao servidor e seus filhos; dinheiro para comprar remédios, alguma pessoa que avise ao serviço entre outras.

15. Quais as doenças que mais teme?

Segundo a variedade de doenças poderão ser consideradas "a priori", em reversíveis, controláveis e irreversíveis. De acordo com a frequência das doenças assinaladas pelos servidores podem estar relacionadas com um programa específico segundo o caso para tratar de aspectos preventivos, curativos, de manutenção e de reabilitação das mesmas.

16. Onde você é atendido quando se sente mal no serviço?

Relacionou-se com o espaço de tempo e distância percorrida para o servidor ser atendido, segundo a gravidade do mal estar. A ausência de um serviço interno para pequenos atendimentos de ocorrências sem gravidade (gripes, dores, diarreias, etc) e encaminhamentos, bem como oferecer Programas de Cultura de novos hábitos de saúde no ambiente de trabalho, à recreação ao lazer, às férias, repouso e exercício, a arte, à música, ao teatro entre outros.

17. Existem planos/ações/pessoas que promovem a saúde no trabalho?

Num centro educacional para a saúde, os servidores todos com-

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIOREFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

18. Gostaria de contar com um serviço no (CEU)...?

Dados Básicos sobre o Espaço Externo e Interno.

19. Você conhece a história do CEU

20. Sua filosofia/princípios/normas que orientam o trabalho.

21. e seu objetivo principal.

22. Diga a função principal do seu chefe.

23. Diga duas funções principais que você desempenha no dia.

partilham dos mesmos ideais em saúde, ensinados em sala de aula e contam com a promoção, prevenção da doença, recuperação e reabilitação sistemática oferecida pela entidade que trata de conteúdos sobre doença e saúde.

A probabilidade da maior frequência seja SIM ou NÃO tem por objetivo suscitar debates profundos entre os dois grupos a fim de encontrarem uma solução viável intermediária, pois provavelmente no momento, o servidor não recebe assistência sistemática em saúde, em nenhum lugar.

O objetivo principal do Centro representa uma forma de identificação dos servidores com as bases de sustentação do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde.

Identificação com funções chefia, reconhece e participação das decisões.

Identificação do papel do servidor.

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIOREFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

24. Você tem um exemplar do regulamento do funcionário.
- O ter e/ou conhecer facilita o desempenho do servidor, nos seus direitos e deveres.
25. Existem estratégias/planos/ações concretas/peças para promoverem seu bem estar e auto-realização no trabalho?
- A existência desta condição favorece o desempenho adequado do papel do servidor e previne estresse e doença.
26. Ensino Universitário - Área da Saúde.
- Facilita a identificação com a instituição, a satisfação no papel desempenhado, é fator de adaptação e promove saúde.
27. Que outros locais/serviços sugere que sejam instalados para melhorar seu desempenho?
- A participação no processo de adequação do local de trabalho, a melhoria das condições de estresse e doença, entre outros.
28. Percepções do servidor sobre seu local de trabalho: no Centro, no espaço fora do seu local de trabalho o que você mais gosta (ver, escutar, sentir o cheiro e tocar).
- A participação no processo de adequação do local de trabalho, a melhoria das condições de desempenho colabora na prevenção de estresse e doença.
29. No Centro, no espaço fora do trabalho o que você não gosta (de ver, escutar, sentir o cheiro e tocar).
- Idem.
30. No Centro, no espaço de seu desempenho funcional/pessoal o que você mais gosta (de ver, escutar, sentir o cheiro e tocar).
- Idem.

ASSUNTO DO QUESTIONÁRIOREFERÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO

31. No Centro, no espaço de seu desempenho funcional/pessoal o que você menos gosta (de ver, escutar, sentir o cheiro e tocar).
32. Qual é a função campo profissional/ocupacio-
nal e local de trabalho?
33. Qual é o tipo de senti-
mento que as relações
diárias no trabalho pro-
vocam em você?
34. Avalie as instalações e
recurso do seu local de
trabalho às exigências
da função que desempe-
nha.
35. Avalie seus sentimentos
quanto aos diferentes
36. aspectos que envolve
seu desempenho e a qua-
37. lidade da organização
do Centro que lhe possi-
38. bilita crescer, desen-
volver-se, auto-realizar-se e colaborar para
o alcance das metas da
instituição.
- Idem.
- Compreensão do contingente
laboral do Centro. Potenciais de
participação na mudança social.
- A satisfação propicia o e-
quilíbrio e adaptação, condicio-
nantes de bem-estar e auto-realiz-
ação, crescimento e desenvolvi-
mento.
- A participação no processo
de adequação do local de traba-
lho, a melhoria das condições de
desempenho colabora na prevenção
de estresse e doença.
- A filosofia da instituição,
estilo de liderança e organiza-
ção, níveis de acesso às deci-
sões, programa de estímulos, re-
conhecimento e sanções, defini-
ções de papéis, respeito a
posições, noções de direitos e
deveres, normatização legal.

MODELO DE INSTRUMENTO:

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE/DOENÇA DOS SERVIDORES

Sr.(a) Servidor(a) do Centro de Ciências da Saúde, gostaríamos de contar com sua avaliação sobre as etapas aplicadas do Processo de Assistência de Enfermagem à SAÚDE/DOENÇA DOS SERVIDORES, neste Centro pela enfermeira (mestranda) Elisabete C. de Vecchietti, até o momento.

O objetivo é recolher opiniões valiosas como a sua, afim de melhorar as ações no sentido da Assistência futura e oferecer subsídios sobre o desempenho da mencionada profissional.

Por sua colaboração, muito obrigado.

PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Preencha com X o parêntese que corresponda ao tipo de sentimento que teve nas diferentes etapas do nosso trabalho:

- Quando foi convidado para participar no Processo? SATISFAÇÃO
 INSATISFAÇÃO
 NÃO SENTI NADA
- Quando respondeu ao questionário sobre saúde/doença do Servidor e do Ambiente? SATISFAÇÃO
 INSATISFAÇÃO
 NÃO SENTI NADA
- Quando foram constatados seus: peso, estatura e "pressão"? SATISFAÇÃO
 INSATISFAÇÃO
 NÃO SENTI NADA
 NÃO FORAM CONSTATADOS
- Quando foram apresentados as lâminas com os dados sobre Saúde/Doença dos Servidores e Ambiente? SATISFAÇÃO
 INSATISFAÇÃO
 NÃO SENTI NADA
- Quando a enfermeira (mestranda) se dirigia aos Servidores ou quando propunha atividades? SATISFAÇÃO
 INSATISFAÇÃO
 NÃO SENTI NADA

COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO

1. Das situações analisadas através dos dados apresentados, o que mais lhe chamou a atenção? _____

2. Quais as situações de saúde/doença que devem ser tratadas primeiro e de que maneira? _____

3. Comente o que mais gostou de todo o Processo e o que menos lhe agradou: _____

2ª Parte

R E L A T Ó R I O F I N A L

- EXCERTOS -

Prática Assistencial de Enfermagem
à saúde e doença dos servidores de
um Centro de Ensino Universitário
- Área da Saúde -
Processo Participativo com a
comunidade-cliente

Setembro, 1989.

Dados sobre Ambiente Físico-Espacial e Organizacional:

O Centro de Ensino Universitário - área da Saúde (C.E.U.) dispõe de diversos locais para fins de ensino e burocrático para desenvolver processo de formação de profissionais na área da saúde - Análises Clínicas, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Estomatologia, Medicina, Nutrição, Patologia e Saúde Pública.

Conta com auditório, lancheria, Biblioteca Setorial de Odontologia, serviço de xerox e Grêmio dos Servidores do citado centro, além de compartilhar com os recursos do Campus como Restaurante Universitário, Farmácia, Correio, agências bancárias, livrarias, lanchonetes, salão de beleza feminino e masculino, Biblioteca Central dispersos num parque rico em vegetação.

Ambiente Organizacional: O Centro de estudo foi, de 1970 a 1979, o que se chamou Centro Biomédico com oito Departamentos. Em 1979, com a Reforma Universitária passou a 10 Departamentos, incorporando Nutrição. Hoje conta com mais um Departamento, o de Análises Clínicas, desmembrado do que se chamava: Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos. Para fins de Estágio Curricular e Extracurricular conta com Campus Aproximado - Praia Grande - Araranguá.

Estrutura Técnico-Administrativa do Centro: Está constituído por um Conselho Departamental, Direção, Vice-Direção, Secretaria Geral, Coordenadorias de Ensino, Comissão de Ensino, Departamentos, Comissão de Administração e Finanças, Coordenação de Pesquisa e Coordenação de Extensão. Conta com um Boletim Mensal e uma Revista bianual.

Os cargos de Direção e Vice-Direção, assim como todos

os demais são conquistados através do processo de eleição. O período de mandato é de 4 anos para os cargos de Direção e Vice-Direção e de 2 anos para os demais cargos.

Estrutura Legal do Centro: Está constituída pelo Estatuto e Regimento Geral da Universidade Federal - Lei 3.489 de 18/12/1960; pelo Decreto de Criação desta Universidade nº 64. 824 de 15/07/1969 e dos documentos que apoiam sua reestruturação; pelo Regimento do Centro e do Conselho Departamental.

Objetivos e Metas do Centro (segundo versão do Diretor e Vice-Diretora atuais em 09/06/1989): "Planejar e lutar pelo oferecimento das condições ideais, ou próximas destas para o ensino, a pesquisa, a extensão e o desenvolvimento técnico-administrativo, com segurança e disposição".

O processo de enfermagem foi aplicado na seguinte estrutura humana que comparte um espaço laboral descrito a seguir:

- População:

O Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde de nosso estudo conta com a seguinte população:

- 473 pessoas (junho, 1989) em total, sendo:

- . 341 professores;
- . 18 profissionais não docentes;
- . 53 administrativos;
- . 28 auxiliares técnicos;
- . 34 serviços gerais.

Foi realizado pela direção do Centro uma sondagem de opiniões. Entre as variedades de sugestões e aspirações dos servidores podemos destacar as seguintes:

- . "a implantação de saúde e segurança do trabalho, incluindo exame periódico";
- . "suplementação alimentar";
- . "vale-transporte", outras linhas de ônibus";
- . "política de desenvolvimento de recursos humanos";
- . "estabelecimento de melhores condições de trabalho";
- . "curso de Relações Humanas no Trabalho";
- . "área de descanso dos servidores";
- . "som ambiental";
- . "central de limpeza".

TABELA 6 - Distribuição de frequência do nível de apreciação (gosto) do servidor em relação ao edifício do centro - locais - serviços.

LOCAIS DO CENTRO	NÍVEL DE APRECIÇÃO (GOSTO)									
	SIM		NÃO		NÃO SEI		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Do Edifício	68	81,9	12	14,3	3	3,6	1	1,2	84	100,0
Local de Trabalho	51	62,2	30	36,6	1	1,2	2	2,4	84	100,0
Serviço Administrativo	47	58,8	25	31,3	8	10,0	4	4,8	84	100,0
Serviço Telefone	28	35,4	48	60,8	3	3,6	5	6,0	84	100,0
Serviço Av. Murais	36	46,2	35	44,9	7	9,0	6	7,1	84	100,0
Serviço Xerox	43	54,4	34	43,0	2	2,5	5	6,0	84	100,0
Serviço Informações	22	27,8	50	63,3	7	8,9	5	6,0	84	100,0
Serviço Limpeza	32	40,5	45	57,7	2	2,5	5	6,0	84	100,0
Da Lancheria	28	35,9	45	57,7	5	6,4	6	7,1	84	100,0
Dos Sanitários	42	53,2	36	45,6	1	1,2	5	6,0	84	100,0
Do Apoio Didático	17	24,6	37	53,6	15	21,7	15	17,9	84	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável. Observa-se que o nível de apreciação (gosto) dos servidores respondentes em relação ao:

* edifício do Centro, 81,9% respondeu SIM; 17,9% distribuídos entre NÃO/NÃO SEI e 1,2% não respondeu;

* local de trabalho, 62,2% respondeu SIM, 37,8% NÃO/NÃO SEI e 2,4% sem resposta;

* serviços administrativos 58,8% SIM, 41,3% NÃO/NÃO SEI e 4,8% não responderam;

* serviços de telefone 35,4% SIM; 64,4% NÃO/NÃO SEI e 6,0% não respondeu;

* serviços avisos murais, 46,2% SIM, 53,9% NÃO/NÃO SEI e 7,1% não respondeu;

* serviço de xerox, 54,4% respondeu SIM, 45,5% NÃO/NÃO SEI e 6,0% não respondeu;

* serviço de informação, 27,8% SIM, 72,2% NÃO/NÃO SEI e 6,0% não respondeu;

* serviço de limpeza, 38,0% SIM, 56,0% NÃO/NÃO SEI e 6,0% não respondeu;

* serviço de lancheria, 35,9% SIM, 64,1% NÃO/NÃO SEI e 7,1% não respondeu;

* serviço de sanitários, 53,2% SIM, 46,8% NÃO/NÃO SEI, e 6,0% não respondeu;

* serviço de apoio didático, 24,6% SIM, 75,3% NÃO/NÃO SEI e 17,9% não respondeu.

TABELA 7 - Distribuição de freqüência das percepções dos servidores, através dos órgãos dos sentidos, no local de desempenho e redondezas do centro.

NÍVEL DE PREFERÊNCIA SEGUNDO ÓRGÃOS DOS SENTIDOS PERCEPÇÕES DOS SERVIDORES	MAIS GOSTA DE:								MENOS GOSTA DE:							
	VER		ESCUTAR		SENTIR CHEIRO		TOCAR		VER		ESCUTAR		SENTIR CHEIRO		TOCAR	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Verde/paisagem/plantas/grama/árvores/canto pássaros/natureza/flores/terra/grama podada/espinho.	54	73,0	9	15,0	31	55,4	3	8,1	40	71,1					2	9,1
Perfume/aroma de café/cheiro de amigos/pessoas.							4	10,8								
Cera recém-aplicada/produto limpeza							10	27,0								
Limpeza/higiene espaço físico/	7	9,5					2	5,4			1	2,4				
Campos limpo/W.C. limpos/instalações limpas/livros-móveis limpos/vidro mesa/arrumação/organização.	15	25,0					6	10,7	8	25,0						
	12	20,0					18	48,6	14	43,8						
									4	16,0						
Sujeira/sujeira banheiros-corredores/corrimões/bebedouros.									29	47,5			32	57,1	1	4,5
Poluição riacho									*8	13,1					3	13,6
Destruição/corrupção									*8	13,1						
Incineração									*8	13,1			15	26,8		
Poeira/mofo/papéis antigos													17	40,5	29*	-
Escarradeiras/material contaminado															4	14,8
Giz/preparar luvar															2	7,4
Máquina polidora																
Fossas/esgoto/cheiro fezes/laboratório													32	57,1		
Tinta/cola carpet/produto limpeza													3	5,4		
Perfume agressivo/de gente/de suor/comida/gordura/comida restaurante universitário.													9	19,8		
													5	8,9		

FOINTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área Saúde, junho, 1989.

*DADOS que se repetem.

**NOTA: NADA/NÃO SEI/NENHUM/SEM RESPOSTA - 11 - 28%; 33 - 44%; 33 - 56%; 62 - 70%; 27 - 29%; 23 - 30%; 33 - 50%; 73 - 68%.

***NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que os servidores respondentes, de acordo com suas percepções sensoriais apresentam os seguintes índices de preferência (MAIS GOSTA e MENOS GOSTA), no local de desempenho e redondezas do Centro:

MAIS GOSTA DE:

- * 88,0% VER - verde, paisagem, plantas, grama, árvore, pássaros, natureza, flores, terra, grama podada;
- * 54,5% VER - ambientes, móveis, livros, papéis limpos e organizados;
- * 55,4% ESCUTAR - pássaros, natureza;
- * 79,2% CHEIRAR - plantas, natureza, flores, grama podada;
- * 37,8% CHEIRAR - perfume, aroma de café, amigos, pessoas;
- * 59,3% CHEIRAR - ambientes e banheiros limpos;
- * 56,0% TOCAR - verde, plantas, flores, natureza;
- * 84,8% TOCAR - móveis, livros, papéis limpos e organizados.

MENOS GOSTA DE:

- * 86,8% VER - sujeira, banheiros, corredores, corrimões, bebedouros, mesas e livros sujos;
- * 2,4% CHEIRAR - cera de chão, de pessoas;
- * 57,1% CHEIRAR - sujeira, banheiros, corredores, corrimões, bebedouros, mesas e livros sujos;
- * 67,3% CHEIRAR - poluição riacho, do sumidouro, das fossas, esgotos e incineração, poeira, mofo, papéis antigos;
- * 89,2% CHEIRAR - fezes e urina, laboratório, cola carpet, produtos de limpeza, perfume agressivo, suor, gordura e de comida do Restaurante Universitário;
- * 9,1% TOCAR - grama, natureza, flores;
- * 40,3% TOCAR - sujeira, banheiros, corredores, corrimões sujos; preparar luvas, giz; escarradeiras e material contaminado; máquina polidora de gesso; fossas, produtos de limpeza; gordura.

TABELA 8 - Distribuição de freqüência das percepções dos servidores, através dos órgãos dos sentidos, no local de desempenho e redondezas do centro.

NÍVEL DE PREFERÊNCIA SEGUNDO ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	MAIS GOSTA DE:								MENOS GOSTA DE							
	VER		ESCUTAR		SENTIR CHEIRO		TOCAR		VER		ESCUTAR		SENTIR CHEIRO		TOCAR	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Pessoas/algumas pessoas/gente								*3	12,0							
Gente em movim./Pessoas trabalhand.	13	17,3	1	1,8	10	27,0										
Entusiasmadas/amigos	19	31,7						*3	12,0							
Colegas levando café	1	1,2														
Vozes/risos/pessoas alegres/vizes			5	8,9												
Amigas			3	6,4												
Som gente trabalhando/burburinho			3	3,6												
de atividades/obras artes/fotos fil.	2	2,4					4	16,0								
Boas notícias/conversas otimistas			33	67,1												
Música/música ambiente/rádinho			8	17,0												
Gente parada/fofocas/políticas									*10	16,4	*7	10,8				
Falando mal de outros e da UFSC.											*7	10,8				
Violência/Agressões/brigas/maus tra									*10	16,4	30	50,8				
tos/gente sem educação/palavrão											12	18,5				
mau humor - discussões.																
Silêncio/silêncio final expediente			13	15,5												
Barulho excessivo/ruídos carros/											38	58,5				
Vento/vozes no ambiente trabalho																
Sirenes/Rádio alto/música conjunto/											2	3,1				
alto falantes/máquina grama.											23	39,0				
Ausência cigarro/fumaça/pouca luz.					5	8,9			14	26,2					4	4,8
Material burocrático/máquina datil.															2	2,4
Carros mal estac./grama/aciden.									*10	16,4						
Mexer atribuições/correspondência.																
Alunos jogando/bagunça/desocupado									*10	16,4	5	10,8				
Alunos inteligentes/eufóricos/in-																
teressados profissão.	2	2,4	3	6,4												

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que os servidores respondentes, de acordo com suas percepções sensoriais apresentam os seguintes índices de preferência (MAIS GOSTA e MENOS GOSTA) no local de desempenho e redondezas do Centro:

MAIS GOSTA DE:

* 50,2% VER - pessoas, algumas pessoas, gente, gente em movimento, pessoas trabalhando entusiasmadas, amigos, pessoal colegas levando café.
Obra de arte, fotos dos filhos.

* 26,2% ESCUTAR - pessoas trabalhando, turburinho de atividades, boas notícias, conversas otimistas, música, música ambiental, rádinho, vozes, risos, pessoas alegres.

* 15,5% ESCUTAR - SILÊNCIO - SILÊNCIO final de expediente.

* 6,4% ESCUTAR - alunos inteligentes, eufóricos.

* 27,0% CHEIRAR - de cafezinho.

* 8,9% CHEIRAR - ausência de cigarro e de fumaça.

* 40,0% TOCAR - pessoas, obras de arte, amigos.

MENOS GOSTA DE:

* 32,8% VER - gente parada, gente falando mal dos outros e da UFSC, fazendo politicagem e fofocas. Violências, agressões, brigas, maus tratos.

* 42,6% VER - cigarro, fumaça, pouca iluminação, carros mal estacionados, estacionados na grama.

* 16,4% VER - alunos jogando no bar, desocupados, fazendo bagunça.

* 21,0% ESCUTAR - gente fazendo fofoca e politicagem, falar mal de outros e da UFSC.

* 69,3% ESCUTAR - brigas, agressões, palavrão, mau humor, discussões.

* 100% ESCUTAR - barulho excessivo, vozes no ambiente trabalho; sirenes, rádio alto, alto-falantes, máquina de grama.

* 5,8% ESCUTAR - alunos jogando, bagunça.

* 7,2% TOCAR - material burocrático, correspondência - máquina datilografia, em atribuições de funcionários.

TABELA 10 - Distribuição de frequência do tipo de avaliação dos servidores em relação às condições das instalações e recursos de acordo com a exigência da função que desempenha.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS DIÁRIAS COM:	TIPO DE SENTIMENTO		ADEQUADO		PODIA SER MELHOR		INADEQUADO		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	Tamanho sala	38	46,9	18	22,2	25	30,9	3	3,7	84	100,0	84
Iluminação natural	48	60,0	16	20,0	16	20,0	4	5,0	84	100,0	84	100,0
Iluminação artificial	44	54,3	14	17,3	23	28,4	3	3,7	84	100,0	84	100,0
Ventilação direta	56	70,4	9	11,4	14	17,7	5	6,1	84	100,0	84	100,0
Ventilação indireta	59	72,6	13	16,0	15	18,8	18	22,0	84	100,0	84	100,0
Temperatura ambiental	30	37,5	19	23,8	31	38,8	4	5,0	84	100,0	84	100,0
Condicionamento sonoro	31	38,8	17	21,3	32	40,0	4	5,0	84	100,0	84	100,0
Condicionamento olfativo	47	57,1	14	17,3	12	14,8	11	13,3	84	100,0	84	100,0
Condicionamento visual interno	39	48,1	24	29,6	18	22,5	3	3,7	84	100,0	84	100,0
Condicionamento visual externo	58	71,6	11	13,6	12	14,8	3	3,7	84	100,0	84	100,0
Recursos humanos apoio	25	30,9	26	32,0	28	34,4	4	5,0	84	100,0	84	100,0
Recursos equipamentos	24	29,6	30	37,0	26	32,0	4	5,0	84	100,0	84	100,0
Recursos materiais	21	26,2	28	34,4	30	36,6	5	6,1	84	100,0	84	100,0
Recursos financeiros	5	6,2	17	20,9	44	53,6	18	22,0	84	100,0	84	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável. Observa-se que o tipo de avaliação dos servidores respondentes em relação às condições das instalações e recursos no desempenho da função é de:

ADEQUADO: 46,9% o tamanho da sala; 60,0% a iluminação natural; 54,3% a iluminação artificial; 70,9% a ventilação direta; 56,7% a ventilação indireta; 37,5% a temperatura ambiental; 38,8% o condicionamento sonoro; 64,4% o condicionamento olfativo; 48,1% o condicionamento visual interno; 71,6% o condicionamento visual externo; 21,3% os recursos humanos de apoio; 30,0% os recursos de equipamentos; 26,6% os recursos materiais; 7,6% os recursos financeiros.

PODIA SER MELHOR E INADEQUADO: 53,1% o tamanho da sala; 40,0% a iluminação natural; 45,7% a iluminação artificial; 29,1% a ventilação direta; 37,3% a ventilação indireta; 62,6% a temperatura ambiental; 61,3% o condicionamento sonoro; 35,6% o condicionamento olfativo; 51,8% o condicionamento visual interno; 28,4% o condicionamento visual externo; 68,8% os recursos humanos de apoio; 70,0% os recursos de equipamentos; 73,4% os recursos materiais; 92,5% os recursos financeiros.

Quadro 14 - Outros locais/serviços para melhorar seu desempenho:

- Biblioteca setorial (NFR), sala de estudo, laboratório. - 9 servidores
- Central de vídeo/vídeo cassete, setor fotografia, elaboração de slides, sala de VT. - 7 servidores
- Serviço datilografia para professores, sala exclusiva para datilografia particular - 7 servidores
- Computação/informática, capacitação em computação. - 7 servidores
- Criação de recursos audiovisuais - instalação do setor. - 5 servidores
- Serviço atendimento, intercorrências saúde no próprio centro. - 5 servidores
- Outras sugestões dispersas. - 44 servidores
- Melhores salas para professores, salas mais amplas, máximo 2 professores/sala. - 8 servidores
- Telefone PABX/telefone externo para funcionários. - 5 servidores
- Lanchonete/Restaurantes novos/controlar lancheria atual. - 4 servidores
- Serviço centralizado de limpeza com pessoas competentes. - 4 servidores
- Material, equipamento, pessoal, recursos financeiros, local descanso, recreação entre outros dispersos. - 63 servidores

Quadro 15 - Outros locais/serviços para melhorar seu desempenho.

Condicionamento físico-funcional/Organizacional

. Integração dos diversos Departamento/convivência servidores	2
. Serviço integração docente-assistencial	1
. Reuniões mensais com funcionários sobre higiene do centro	1
. Melhorar funcionamento em geral	1
. Centro saúde/escola	1
. Implantação computação nos serviços adm./financ./ Pesquisa/Extensão.	1
. Curso primeiros socorros	1
. Aulas ginástica no centro	1
. Maior aproximação secretaria/direção	1
. Distribuição equitativa trabalho	1
. Portaria descentralizada	1
Nenhum	9
Sem Resposta	15

Quadro 16 - Outros locais/Serviços para melhorar seu desempenho.

Condicionamento físico-funcional/organizacional:

. Integração dos diversos departamentos/convivência servidores	2
. Serviço integração docente-assistencial	1
. Reuniões mensais com funcionários sobre higiene no Centro	1
. Melhorar funcionamento em geral	1
. Centro saúde/escola	1
. Implantação computação nos serviços administrativos/pesquisa/ extensão	1
. Curso primeiros socorros	1
. Aulas ginástica no centro	1
. Maior aproximação secretaria/direção	1
. Distribuição equitativa trabalho	1
. Portaria descentralizada	1
Nenhum	9
Sem resposta	15

TABELA 9 - Distribuição de frequência do tipo de sentimento dos servidores em relação aos contatos interpessoais diários.

TIPO DE SENTIMENTO RELAÇÕES INTERPESSOAIS DIÁRIAS COM:	SATISFAÇÃO		NEUTRO		INSATISFAÇÃO		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	Professores	58	75,3	13	16,9	6	7,8	7	-	84
Técnicos Universitários	36	52,9	27	39,7	5	7,4	16	-	84	100,0
Técnicos Nível Médio	35	54,7	22	34,4	7	10,9	20	-	84	100,0
Auxiliares Técnicos	31	48,4	26	40,6	7	10,9	20	-	84	100,0
Administrativos	42	57,5	18	24,7	13	17,8	11	-	84	100,0
Mestres/Ofício/Operadores	31	50,8	20	32,8	10	16,4	23	-	84	100,0
Receptionistas/Porteiro/Contínuos	38	57,6	17	25,8	11	16,7	18	-	84	100,0
Cozinheiros	27	54,0	21	42,0	2	4,0	34	-	84	100,0
Pessoal Limpeza	35	47,9	21	28,0	17	23,3	11	-	94	100,0
Alunos	60	78,9	9	11,8	7	9,2	8	-	84	100,0
TOTAL	393	46,7	194	23,0	85	10,0	169	20,0		

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que os servidores respondentes sobre o tipo de sentimento que apresenta nas relações interpessoais no Centro são de:

SATISFAÇÃO: 78,9% com os ALUNOS; 75,3% com professores; 57,6% com recepcionistas, porteiros e contínuos; 57,5% com administrativos; 54,7% com técnico de nível médio; 54,0% com cozinheiros; 52,9% com técnico universitários; 50,8% com mestre/ofício/operadores; 48,4% com auxiliares técnicos; 47,9% com pessoal da limpeza.

NEUTRO/INSATISFAÇÃO: 52,1% pessoal da limpeza; 51,5% auxiliares técnicos; 49,2% mestres/ofício/operadores; 47,1% técnicos universitários; 46,5% administrativos; 46,0 cozinheiros; 45,3% técnico nível médio; 42,0% recepcionista/porteiro/contínuos; 24,7% professores; 21,0% alunos.

TABELA 1 - Distribuição de frequência do nível de conhecimento do servidor em relação a história - filosofia regulamento.

TIPO DE CONHECIMENTO	NÍVEL DE CONHECIMENTO		SIM		NÃO		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
História Centro	28	34,6	53	65,4	3	3,6	84	100,0		
Filosofia/Princípios	18	23,1	60	76,9	6	7,1	84	100,0		
Regulamento Func.	19	23,8	61	76,3	4	4,8	84	100,0		

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que o nível de conhecimento dos servidores respondentes sobre a História do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde é de Sim 34,6%, enquanto que 65,4% informam que não conhecem e 3,6% não responderam; quanto ao conhecimento da Filosofia/princípios do Centro é de 23,1% dos que responderam Sim e 76,9% dos que Não conhecem e 7,1% não responderam; sobre o conhecimento de Regulamento do funcionário, 23,3% respondem que conhecem e 76,3% não conhecem e 4,8% não responderam.

QUADRO 2. - Qual a filosofia do Centro?

QUAL É A FILOSOFIA DO CENTRO? - PRINCÍPIOS/NORMAS -	f
. Desconhece	60
. Sem resposta	6
. Parcialmente	2
. Formar bons/adequadamente/com qualidade profissionais da saúde.	5
. Promover atividades ligadas ensino/pesquisa/ extensão.	4
. Ensino/pesquisa/prevenção/tratamentos ligados à saúde.	3
. Integração áreas comuns da saúde/ensino/pesqui- sa/extensão.	2
. Trabalho com harmonia/responsabilidade/visando atingir objetivos unidade.	1
. Convênios com instituiçõe, abertura com outros centros.	1

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da Saúde, junho, 1989.

Observa-se que dos servidores respondentes 60 desconhecem a filosofia, princípios e normas do Centro de Ensino Universitário - área da saúde; 2 conhecem parcialmente, 6 não responderam. Dos 16 que manifestaram conhecer, 5 dizem que é "formar profissionais da saúde com qualidade, adequadamente e bons"; 4 dizem que é "promover atividades ligadas ao ensino, pesquisa e extensão"; 3 dizem que é "ensino, pesquisa, prevenção, tratamento ligados à saúde"; 2 dizem que é "integração nas áreas comuns da saúde, ensino, pesquisa, extensão"; 1 diz que é "trabalho com harmonia, responsabilidade visando atingir objetivos, unidade" e outro diz que é "atender convênios com instituição e abertura com outros centros".

QUADRO 3 - Objetivos do Centro.

OBJETIVO DO CENTRO	f
. Formação profissional/recursos humanos na área da saúde.	19
. Fommar profissionais de saúde segundo condições reais da maioria da população.	1
. Ensino aprendizagem da saúde/estudo - ensino/graduação.	7
. Organização/administração para desenvolver ensino/pesquisa/extensão.	12
. Formação graduação/pós-graduação.	1
. Administração disciplinas área saúde + espaço físico ocupado por elas.	1
. Ensino/outras funções segundo plano.	1
. Fomar gente para medicina/criar médicos para melhoria da saúde para todos.	2
. Aperfeiçoar alunos para isto se dividiram.	1
. Aprendizagem medicina/enfermagem.	1
. Fomar médico/dentista/enfermeiros.	2
. Fomar bons médicos/dentistas/farmacêuticos/nutricionistas/enfermeiros.	1
. Reunir departamentos da área da saúde/coordenader departamentos.	3
. Conjunto de profissionais medicina e os departamento ensino/bem-estar população.	1
. Dar condições ideais trabalho.	1
. Ganha-pão muitas famílias trabalham aqui.	1
. Dar aula de saúde, só que não existe saúde aqui dentro.	1
. Às vezes fico pensando para quem estou trabalhando.	1
. Não deseja responder.	1
. Não sei.	9
. Sem resposta.	17

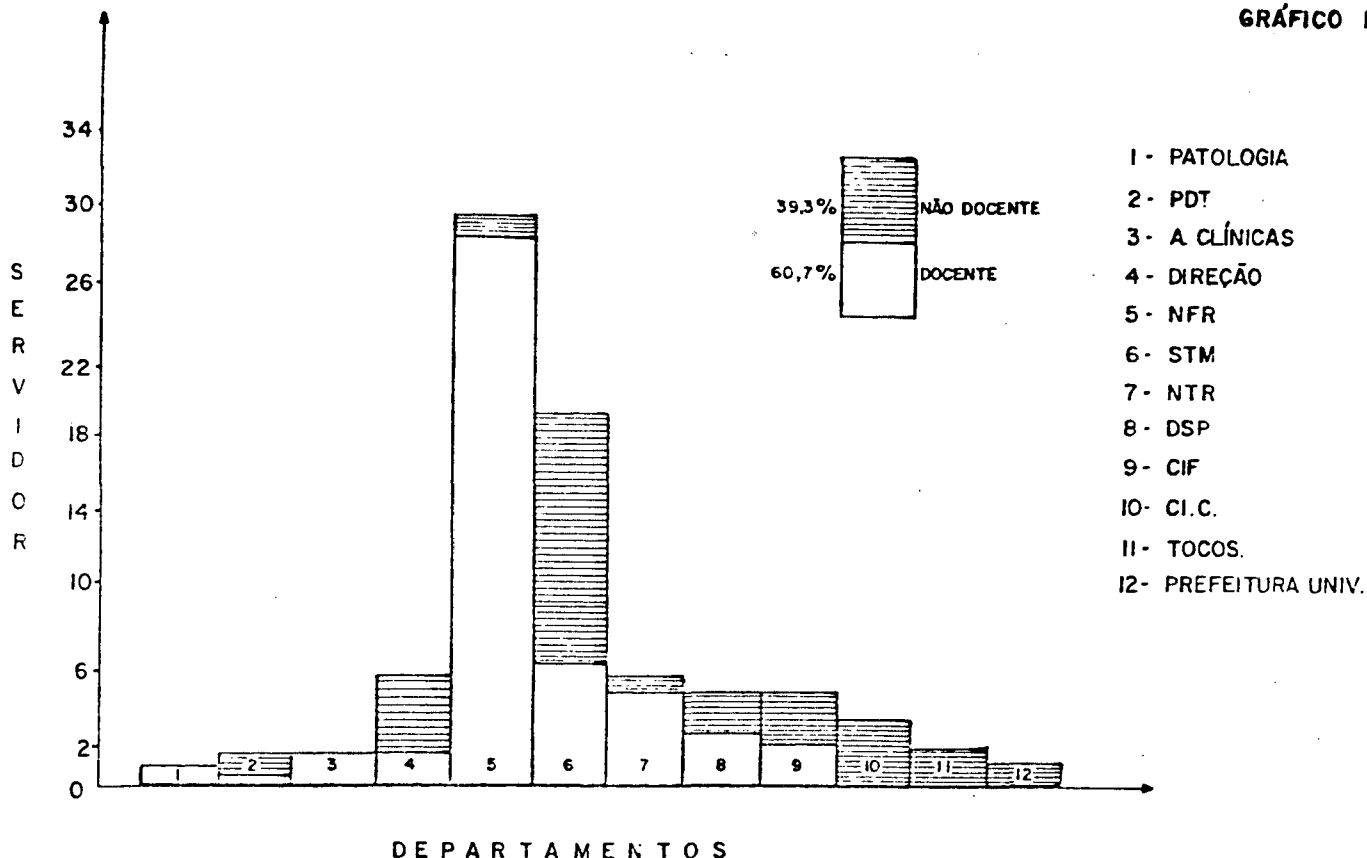
FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Há + de um dado de uma mesma pessoa.

Observa-se que dos servidores respondentes, 19 dizem que o objetivo do curso é "formação profissional e de recursos humanos na área da saúde" 12 dizem que é "organização, administração para desenvolver ensino, pesquisa e extensão"; 7 dizem que é "ensino-aprendizagem da saúde, estudo-ensino para graduação"; 3 dizem que é "reunir departamentos da área da saúde e os coordenar"; 2 dizem que é "fomar gente para a medicina, criar médicos para melhoria e saúde para todos"; 2 dizem que é "fomar médicos, dentistas e enfermeiros" e as seguintes opiniões individuais: "fomar profissionais da saúde, segundo condições reais da maioria da população"; "formação na graduação e pós-graduação", "administração das disciplinas da área da saúde e do espaço físico ocupado por elas"; "ensino e outras funções de segundo plano"; "aperfeiçoar alunos por isto se dividiram"; "aprendizagem de medicina e enfermagem"; "fomar bons médicos, dentistas, farmacêuticos, nutricionistas e de enfermeiros"; "conjunto de professores da medicina e os departamentos de ensino e bem-estar da população"; "dar condições ideais de trabalho"; "ganha-pão de muitas famílias que trabalham aqui"; "dar aula de saúde, só que não existe saúde aqui dentro"; às vezes fico pensando para quem estou trabalhando"; 10 respondentes não sabem ou não quer responder e 17 não responderam.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS SERVIDORES RESPONDENTES DOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS DA INSTITUIÇÃO.

GRÁFICO 1



FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que o número de respondentes corresponde a:
 1º) 17,7% do grupo total de servidores de todas as categorias funcionais de 10 Departamentos do Centro participaram no estudo.

2º) Destes, os docentes respondentes representam 14,3% do total da categoria e 26,5% da dos não-docentes.

3º) Do total de servidores respondentes, 60,7% correspondem a categoria docente e 39,3% a não docente (profissionais, administrativos, auxiliares técnicos, pessoal de serviços gerais e de limpeza).

Os servidores respondentes representaram os Departamentos do Centro da seguinte maneira:

35,8% de Enfermagem (97,0% Docente - 3,0% não docente)

23,8% de Estomatologia (30,0% Docente - 70% não docente)

7,1% de Nutrição (84,0% Docente - 16,0% não docente)

6,0% de Saúde Pública (60,0% Docente - 40,0% não docente)

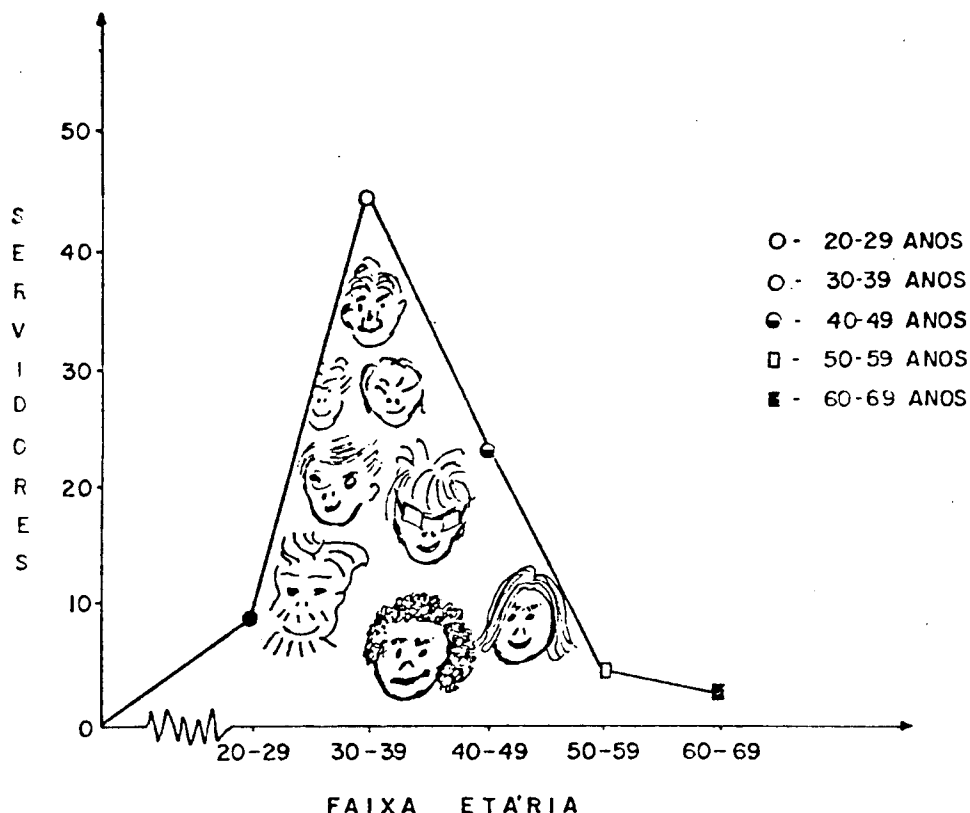
6,0% de Ciências Farmacêuticas (40% Docente - 60,0% não docente)

4,7% de Clínica Cirúrgica (0,0% Docente - 100,0% não docente)

2,4% de Análises Clínicas (100,0% Docentes - 0,0% não docentes)
2,4% de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos (50,0% Docente - 50% não docente)
2,4% de Tocoginecologia (0,0% Docente - 100% não docente)
1,2% de Patologia (0,0% Docente - 100% não Docente)
7,1% de Direção Geral (44,0% Docente - 66,0% não docente)
1,2% da Prefeitura Universitária (0,0% Docente - 100% não docente)
0,0% de Pediatria
0,0% de Clínica Médica.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS SERVIDORES RESPONDENTES POR FAIXA ETÁRIA.

GRÁFICO 2



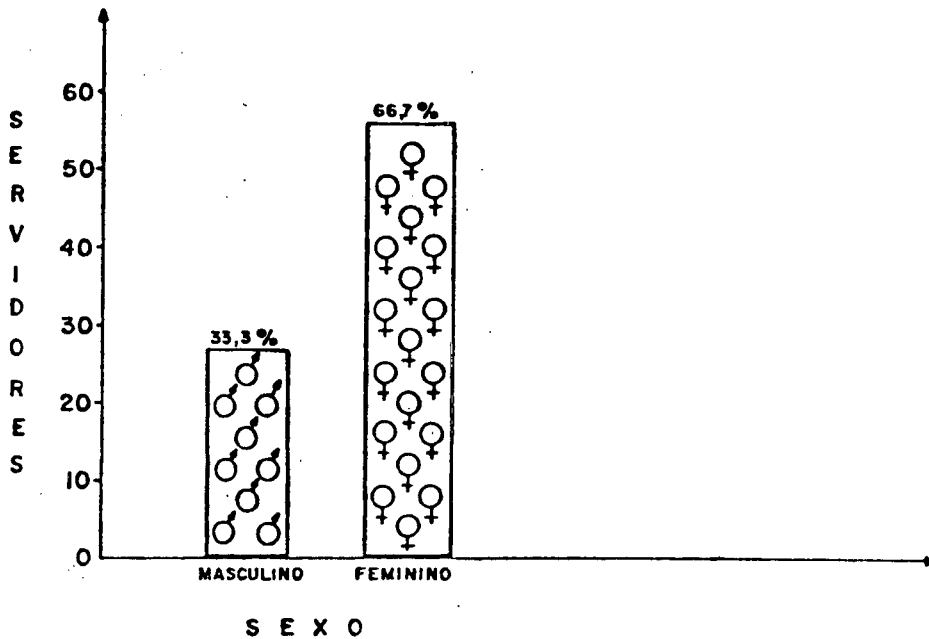
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que os servidores respondentes apresentam em sua maioria, 55,0% entre 30-39 anos; 26,3% entre 40-49 anos, 5,0% entre 50-59 anos, chamando a atenção que 3,8% dos respondentes estão entre 60-69 anos.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS SERVIDORES RESPONDENTES POR SEXO.

GRÁFICO 8



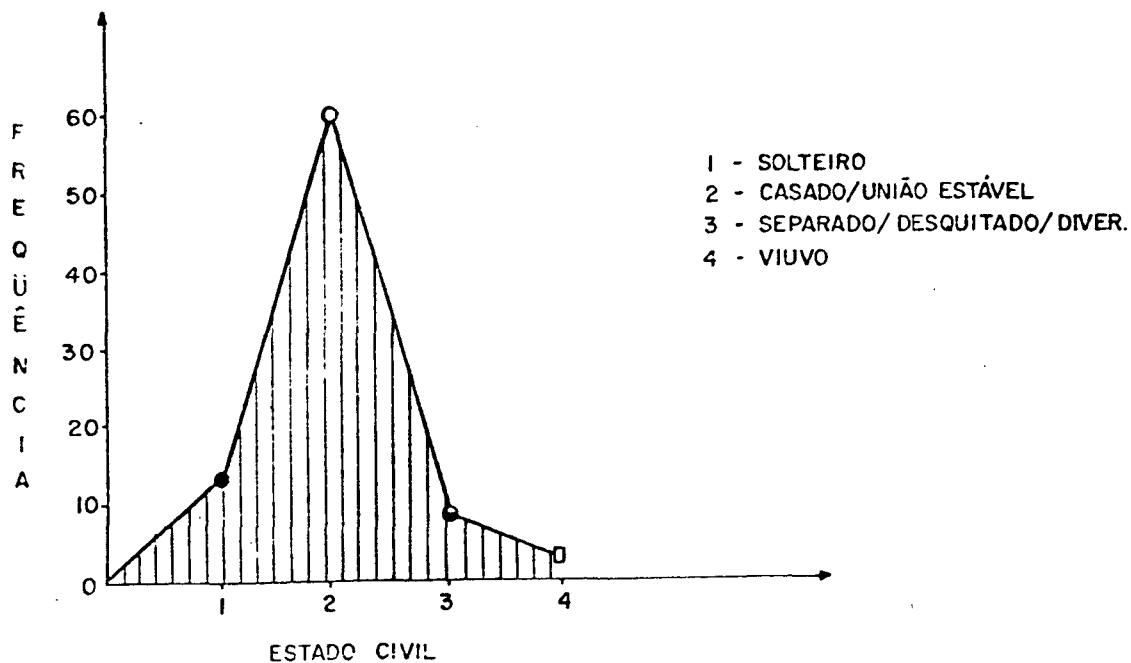
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido," incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que há predominância do sexo feminino entre os servidores respondentes, perfazendo 66,7% contra 33,7%, masculinos.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS SERVIDORES RESPONDENTES POR ESTADO CIVIL.

GRÁFICO 4



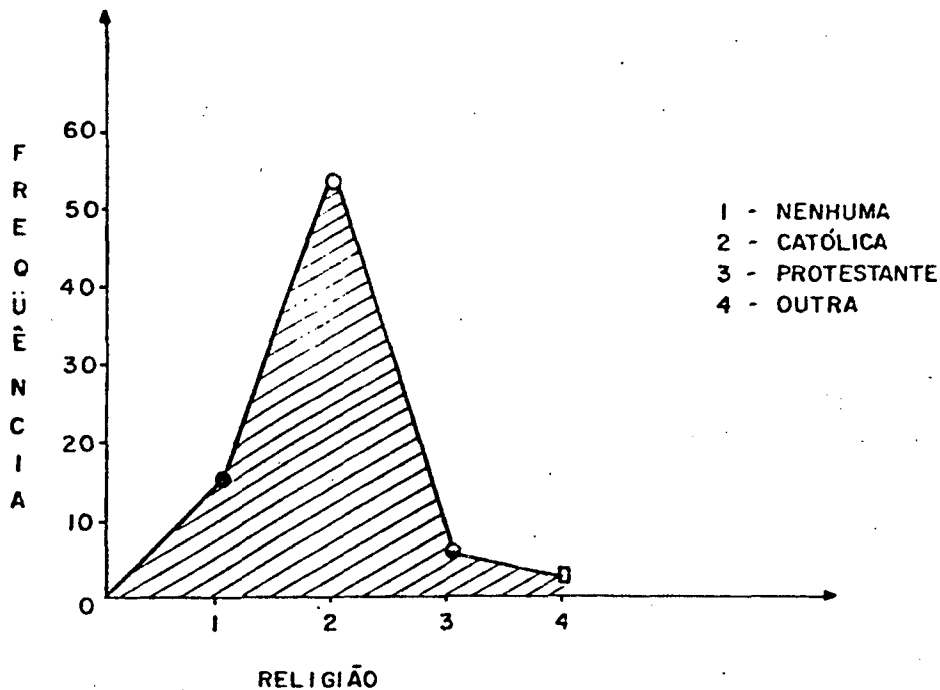
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da Saúde, Junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 71,4% dos servidores respondentes apresentam estado civil estável, ainda que 15,5% são solteiros; 10,7% separados/desquitados/divorciados e 2,4% viúvos

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA POR SERVIDORES RESPONDENTES POR RELIGIÃO PRATICADA.

GRÁFICO 5



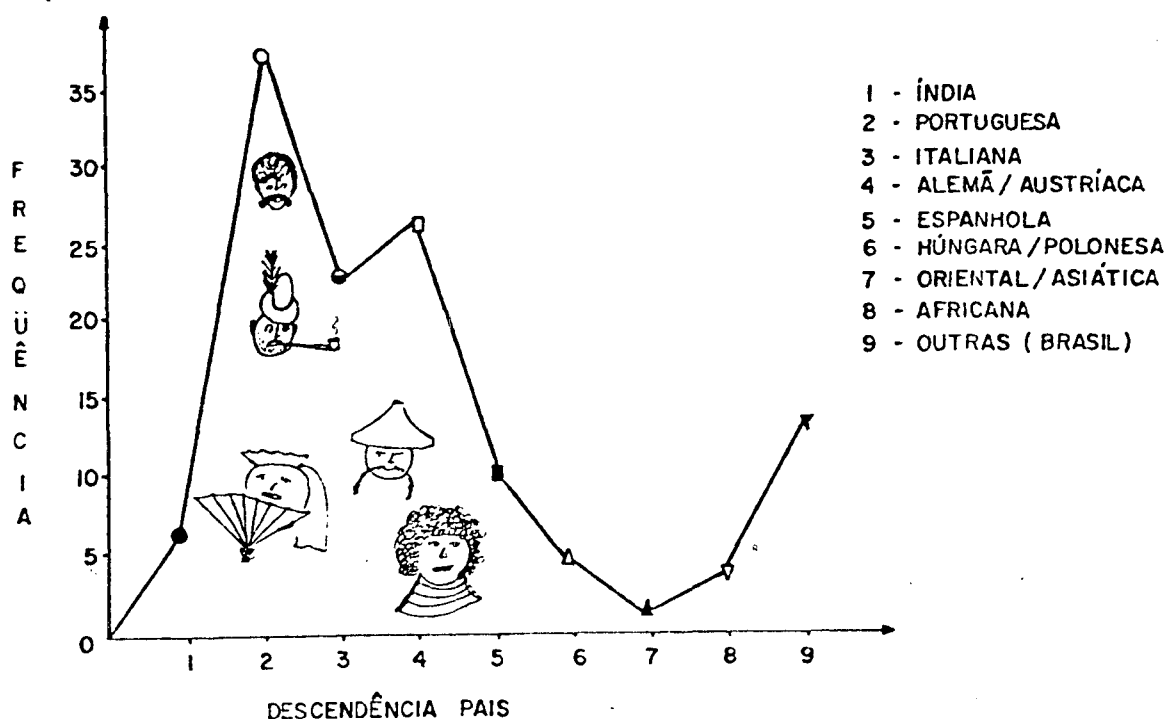
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 64,6% dos servidores respondentes praticam a religião católica, 18,3% nenhuma religião, 7,3% são protestantes e 9,8% praticam outra religião.

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS SERVIDORES RESPONDENTES POR DESCENDÊNCIA DOS PAIS.

GRÁFICO 6



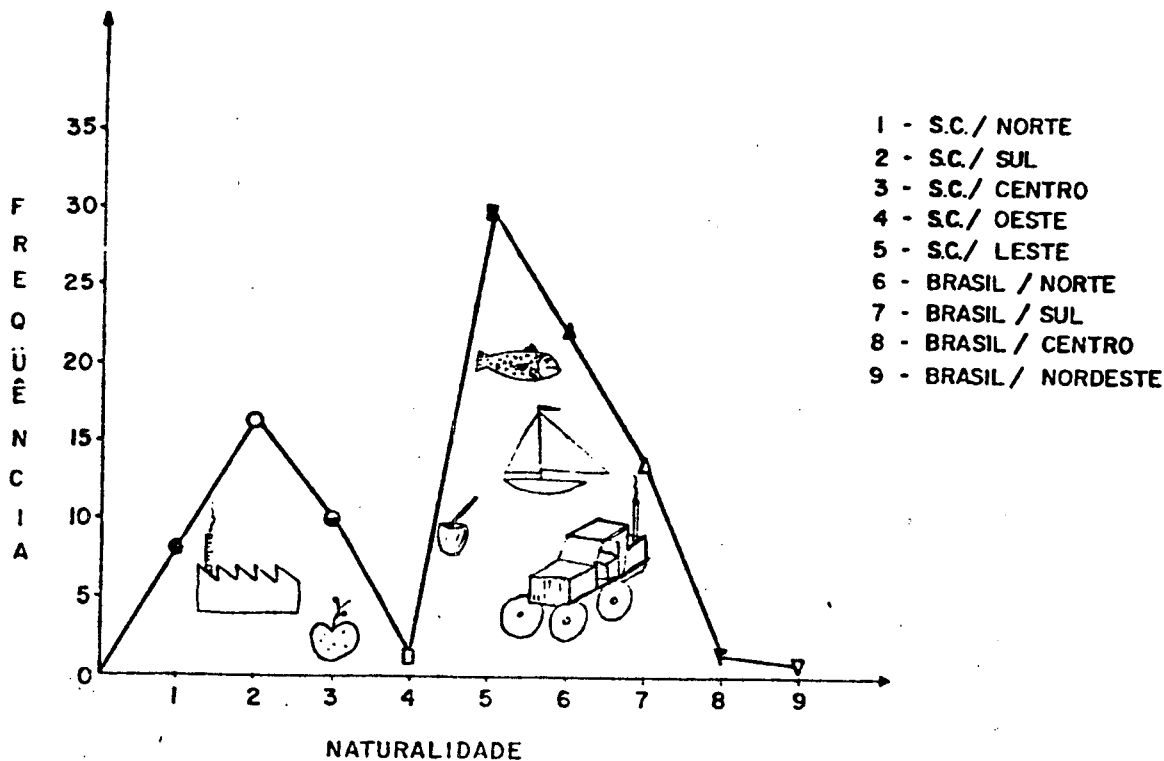
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Nacionalidade dos servidores respondentes: 100% brasileira. Observa-se que a descendência dos pais dos servidores respondentes é a de 44,4%, portuguesa; 21,0% italiana; 13,6% alemã; 8,6% índia; 6,0% espanhola; e 4,9% distribuídos entre a húngara, polonesa, oriental, asiática, africana e 7,4% outra.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS SERVIDORES RESPONDENTES POR NATURALIDADE.

GRÁFICO 7

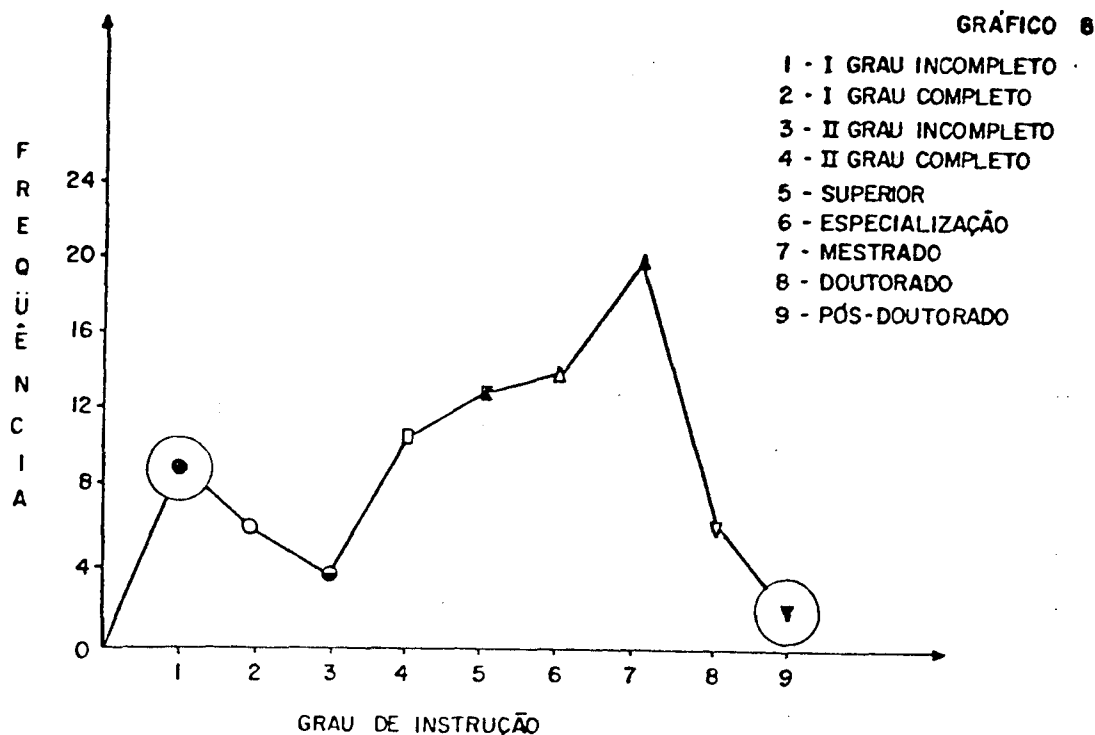


FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 36,1% dos servidores respondentes são naturais do leste de Santa Catarina; 20,5% do sul de Santa Catarina; 15,7% do sul do Brasil; 12,0% do Centro de Santa Catarina e os demais 6,0% do oeste de Santa Catarina e Centro e Nordeste do país.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS SERVIDORES RESPONDENTES POR GRAU DE INSTRUÇÃO.



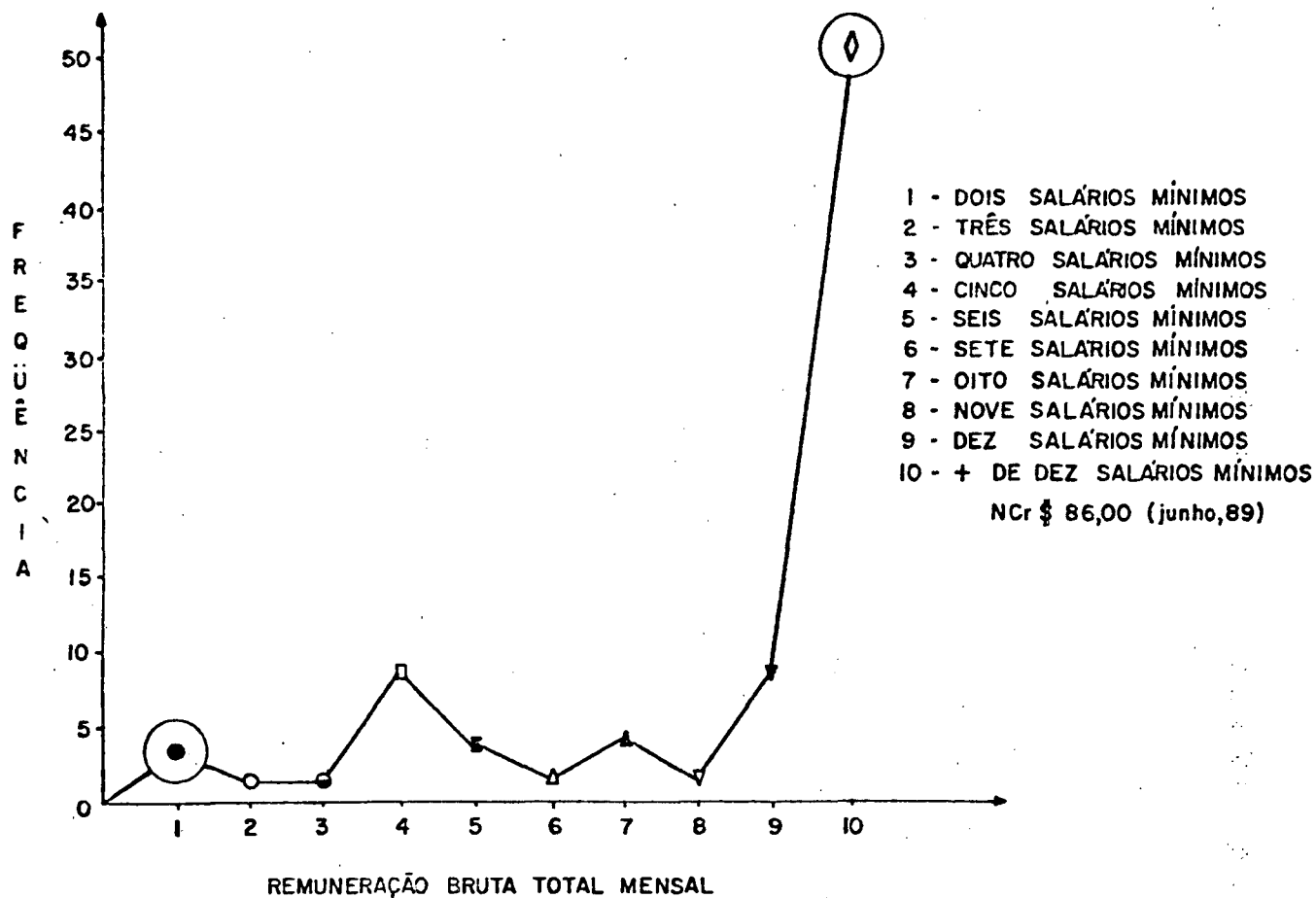
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 48,9% dos servidores respondentes tem pós graduação profissional universitária, sendo 16,7% com especialização; 23,8% com o grau de Mestre; 6,0% com Doutorado; 2,4% com Curso Pós Doutorado. Ainda encontra-se 15,5% com graduação universitária; 13,1% com II grau completo; 10,7% com I grau incompleto; 7,1% com I grau completo e 4,8% com II grau incompleto.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS SERVIDORES RESPONDENTES POR REMUNERAÇÃO BRUTA TOTAL MENSAL.

GRÁFICO 9



FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se a predominância de 59,5% com mais de dez salários mínimos, 9,5% com 5 a 10 salários mínimos; 8,4% de 1 a 4 salários mínimos; 13,2% de 6 a 9 salários mínimos de remuneração bruta total mensal, dos servidores respondentes.

TABELA 10 - Distribuição de frequências de algumas condições da moradia dos servidores respondentes.

	ALGUMAS CONDIÇÕES MORADIA	
	f	%
PROXIMIDADE		
. Próxima Campus	37	44,0
. + ou - Próxima	12	14,3
. Longe Campus	35	41,3
TOTAL	84	100,0
TIPO DOMÍNIO		
. Própria	75	89,3
. Alugada	7	8,3
. Cedida	2	2,4
TOTAL	84	100,0
TIPO DE MORADIA		
. Material	70	83,3
. Madeira	3	3,6
. Mista	10	11,9
. Improvisada	1	1,3
TOTAL	84	100,0
NÚMERO DE QUARTOS		
. Um	7	8,3
. Dois	13	15,5
. Três	45	53,6
. + de Três	19	22,6
TOTAL	84	100,0
TIPO DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA		
. Ligada à Rede	68	81,0
. Não Ligada	15	17,9
. Fora da Moradia	1	1,2
TOTAL	84	100,0

FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde - junho. 1989.

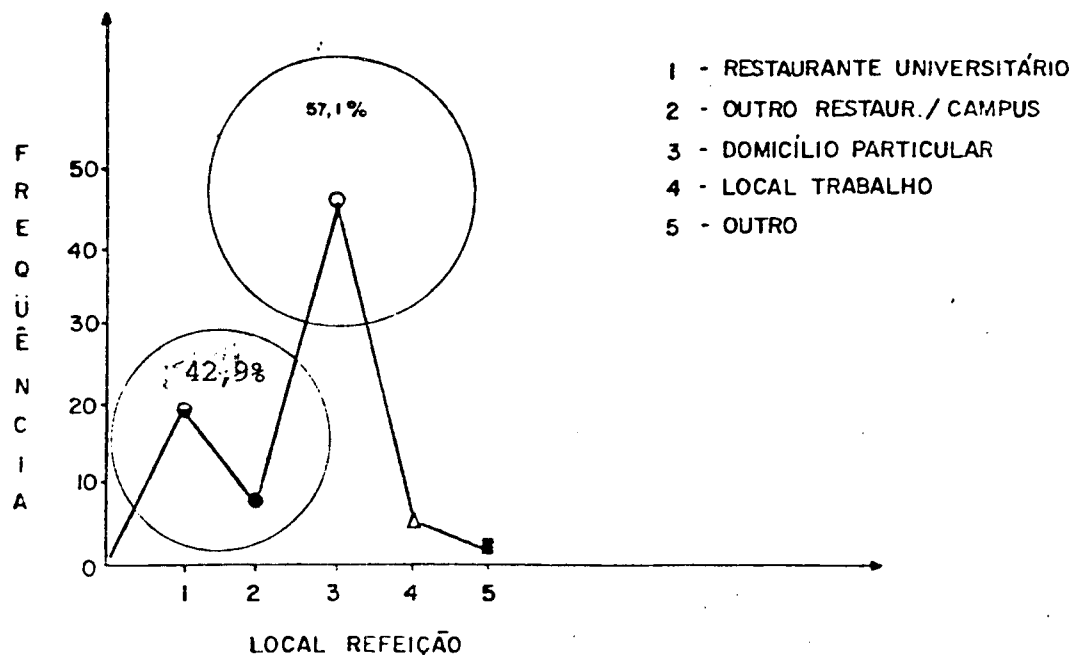
NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que as condições de moradia dos servidores respondentes são as seguintes:

- 44,0% vivem próximos ao Campus Universitário e
- 41,3% longe e 14,3% mais ou menos próxima;
- 89,3% vivem em moradia própria;
- 8,3% vivem em moradia alugada e
- 2,4% vivem em moradia cedida.
- 83,3% vivem em moradia de material;
- 11,9% em casa mista;
- 3,6% em casa de madeira e
- 1,2% em moradia improvisada.
- 53,6% vivem em moradia com três quartos;
- 22,6% com mais de três quartos;
- 15,5% com dois quartos;
- 8,3% com um quarto.
- 81,0% com instalação sanitária ligada a Casan;
- 17,9% com instalação não ligada;
- 1,2% com instalação fora da moradia.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DO LOCAL DE REFEIÇÕES DOS SERVIDORES.

GRÁFICO II



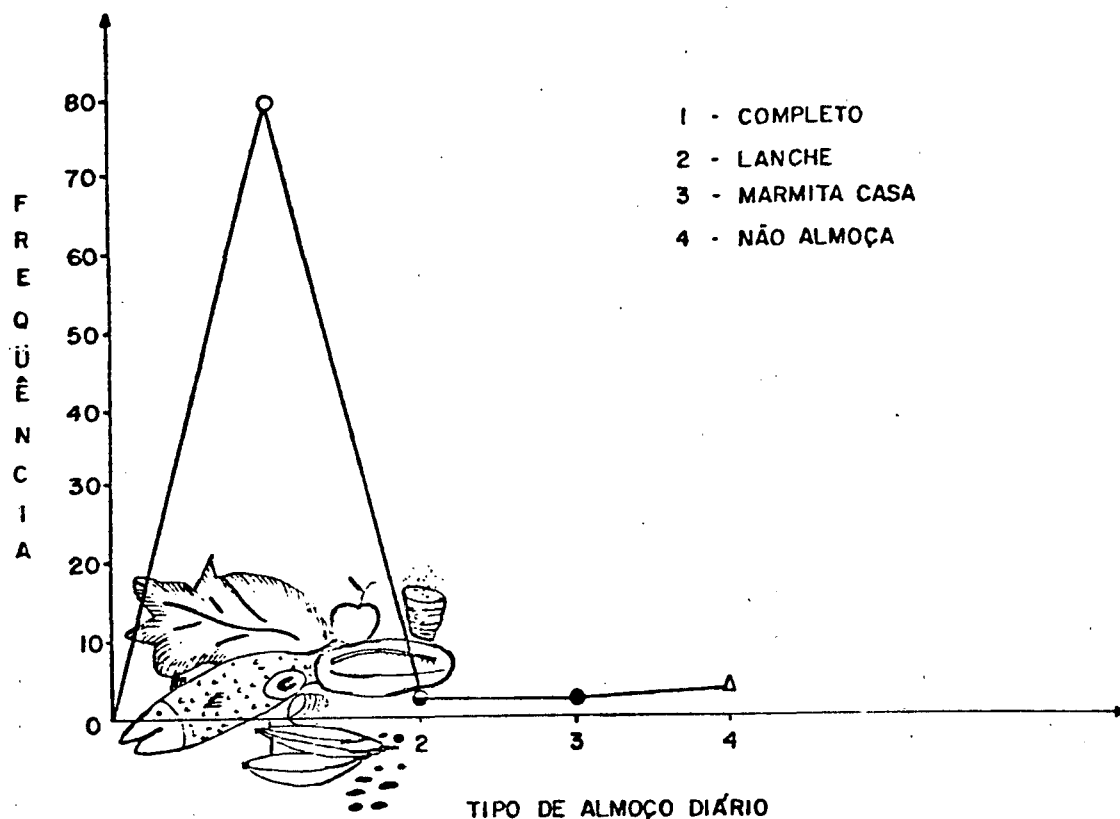
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 57,1% dos servidores respondentes almoçam em seu domicílio particular; 23,8% no restaurante universitário; 10,7% em outro restaurante do campus; 6,0% no próprio local de trabalho e 2,4% em outro local.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DO TIPO DE ALMOÇO DIÁRIO DOS SERVIDORES.

GRÁFICO 12



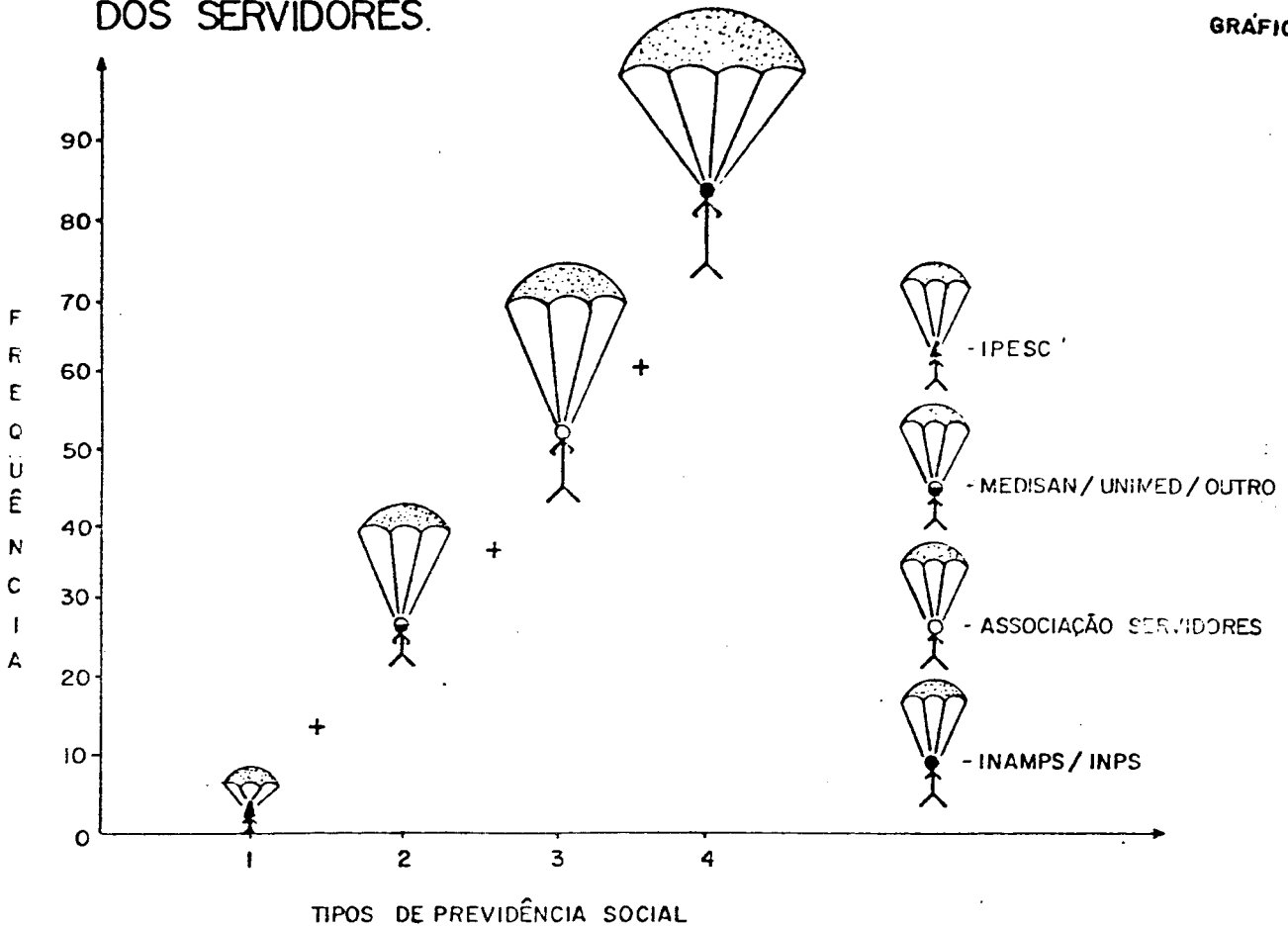
FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 95,2% dos servidores respondentes realizam um almoço completo; 1,2% o almoço é de marmita; 1,2% realiza apenas um lanche e 2,4% simplesmente não almoça.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DO TIPO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES.

GRÁFICO 13



FONTE: Levantamento de dados básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde - junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 100% dos servidores respondentes contam com o INAMPS/INPS*; 69,0% com a Associação de Servidores; 39,3% com a Medisan, Unimed, ou outro tipo de Medicina de Grupo) e 3,6% com o IPESC.

*INAMPS/INPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social; Instituto Nacional de Previdência Social.

QUADRO 4 - Função Principal do Chefe.

FUNÇÃO PRINCIPAL DO SEU CHEFE	f
. Dirigir centro/coordena serviço administrativo, unidade.	15
. Professor e Diretor/Chefe Geral.	2
. Oferecer condições para formação profissional/atualização professores.	2
. Professor e chefia de departamento.	4
. Administração departamento/dirige/coordena/distribue disciplinas + carga horária.	36
. Coordena atividades desenvolvidas e avalia.	3
. Coordena/elabora planos de atividades para disciplinar departamento/aplicação recursos/funcionamento.	1
. Dirige laboratório odontologia.	1
. Coordena curso/ensino/pesquisa/extensão/graduação/pós-graduação.	5
. Manter pessoal secretaria bem no serviço com dever servidor.	1
. Coordena trabalho limpeza para curso odontologia.	1
. Orientação dos seguranças.	1
. Despachar expediente/burocracia/serviço administrativo.	3
. Ensino/professor.	12
. Pesquisa.	1
. Cirurgia.	1
. Secretaria.	1
. Serviço administrativo.	1
. Atender bem funcionário.	1
. Agente portaria.	1
. Sem resposta.	12

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde, junho, 1989.

Observa-se que os servidores respondentes consideram que a função principal do seu chefe é: 36 "administração de Departamento, dirige, coordena, distribue disciplinas e carga horária"; 15 "dirigir centro, coordena serviço administrativo da unidade"; 12 "ensino, professor"; 5 "coordena curso, ensina, pesquisa, extensão, graduação e pós-graduação"; 4 "professor e chefia de departamento"; 3 "coordena atividades desenvolvidas e avalia"; 3 "despachar expediente, burocracia, serviço administrativo"; 2 "professor e diretor, diretor-geral"; 2 "oferecer condições para formação profissional e atualização professores"; e opiniões individuais: "coordena, elabora planos e atividades para disciplinar departamento, aplicação de recursos e funcionamento"; "dirige laboratório da odontologia"; "manter pessoal da secretaria bem no serviço com dever do servidor"; "coordena trabalho de limpeza para o curso de odontologia"; "orientação dos seguranças"; "pesquisa"; "cirurgia"; "secretaria"; "serviço administrativo"; "atender bem o funcionário"; "agente de portaria" e 12 sem resposta.

QUADRO 5 - Duas funções principais do servidor.

DUAS FUNÇÕES PRINCIPAIS DO SERVIDOR	f
. Dar aulas/relacionadas com educação/ensino/preparar aulas/reuniões.	39
. Orientar alunos/supervisionar aulas práticas/orientação tese.	4
. Ensino e administração/coordenação curso/coordenação fase/administração departamento/ decidir.	14
. Ensino/Pesquisa/extensão.	16
. Garantir condições para assistência/relação ajuda serviço UFSC.	1
. Atendimento público/reuniões/atividades rotineiras/atender pessoas.	2
. Supervisão assistência hospitalar/assistir hospitalizado.	2
. Acompanhamento burocrático/redação correspondência/despacho/atendimento chefia/Coordenar administração departamento.	6
. Atendimento público/professores/alunos/pegar assinaturas/correspondência.	8
. Datilografia/cobranças/arquivo/dar voltas.	6
. Preparar aula laboratório para professores/colabora ensino.	1
. Coordenar funcionamento/aparelhos clínicas/esterilização/instrumentos.	3
. Ceder material para alunos/controlar devolução.	1
. Cuidar pessoal limpeza/serviço externo.	1
. Varrer/limpeza/molhar plantas/atender telefone/servir café.	8
. Zelar segurança pessoal centro e carros.	1
. Assistência odontológica/hospitalar.	2
. Ouvir pessoas/tomar decisões/resolver problemas.	1
. Sem resposta	3

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Vários dados de uma mesma pessoa/não reflete 84 servidores.

Observa-se que os servidores respondentes consideram que suas duas funções principais são: 39 "dar aulas, relacionadas com educação, ensino, preparar aulas e reuniões"; 16 "ensino, pesquisa e extensão"; 14 "ensino e administração, coordenação de curso e de fase, administração de departamento e decidir"; 8 "atendimento ao público, a professores e alunos; pegar assinaturas e entregar correspondência"; 8 "varrer, limpeza, molhar plantas, atender telefone e servir café"; 6 "acompanhamento burocrático, redação correspondência, despacho e atender chefia, coordenar administração do departamento"; 6 "datilografia, cobranças, arquivo e dar voltas"; 4 "orientar alunos, supervisionar aulas práticas e orientação de tese"; 3 "coordenar funcionamento, aparelhagem das clínicas, da esterilização e do instrumental"; 2 "atendimento público, reuniões, atividades rotineiras e atender pessoas"; 2 "supervisão da assistência hospitalar e assistir os hospitalizados"; 2 "assistência odontológica e hospitalar"; e opiniões individuais como: "garantir condições para assistência e relação de ajuda aos servidores da UFSC"; "preparar aula no laboratório para professores, colaborar no ensino"; "ceder material para alunos e controlar sua devolução"; "cuidar pessoal de limpeza e de serviço externo"; "zelar pela segurança pessoal do centro e dos carros"; "ouvir pessoas, tomar decisões e resolver problemas" e 3 sem resposta.

QUADRO 14 - Outros locais/Serviços para melhorar seu desempenho.

OUTROS LOCAIS/SERVIÇOS PARA MELHORAR SEU DESEMPENHO	f
Condicionamento físico-ambiental	
. Telefone guarita + luz.	1
. Sanitário + bebedouro próximo guarita.	1
. Chuveiro para funcionário + vestuário.	2
. Melhores salas para professores/salas mais amplas/m ² professor/2 professores.	8
. Lanchonete/restaurantes novos/controle lancheria atual.	4
. Telefone PABX/Telefone externo para funcionários.	5
. Modernização salas de aula/sem barulho/limpas.	2
. Música ambiental.	2
. Sala mais arejada, mais ampla odontologia/secretaria.	1
. Telefone público/portaria odontologia.	1
. Sala maior para técnico laboratório STM	1
. Ventilador para técnico laboratório STM-CIF.	2
. Diminuir excesso pó gesso.	1
. Outro sistema tratamento de lixo.	1
. Combate ratos.	1
. Escada para limpeza de vidros.	1
. Ar condicionado verão/inverno sala trabalho.	2
. Serviço de limpeza com pessoas competentes centralizado.	4
. Serviço de limpeza específico para departamento.	1
. Estufa amb. inverno - CIF.	1
. Melhor conservação sanitários.	1
. Sala estar/reuniões informais/sala para descanso.	1
. Consertar sistema iluminação.	2
. Vestuário + ducha quente/fria para servidores.	1

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde, junho, 1989.

Observa-se que os servidores respondentes propõem outros locais e serviços no condicionamento físico-ambiental para melhorar seu desempenho: 8 "melhores salas para professores, mais amplas, no máximo 2 professores por ambiente, considerando os metros quadrados correspondentes"; 5 "telefone PABX e externo para funcionários"; 4 "lanchonete, restaurante e controle da lancheria atual"; 4 "ar condicionado verão/inverno nas salas de trabalho"; 3 "chuveiro e vestuário para funcionários"; 2 "modernização de salas de aula, sem barulho e limpas"; 2 "salas mais arejadas e amplas na odontologia e secretarias"; 2 "ventilador para técnicos de laboratório da Estomatologia e Ciências Farmacêuticas"; 2 "sala de estar para reuniões informais e para descanso"; 2 "música ambiental"; e opiniões individuais como: "guarita com telefone, luz, sanitário e água próximos"; "telefone público na portaria da odontologia"; "sala maior para o técnico de laboratório da Estomatologia"; "diminuir excesso de pó de gesso na Odontologia"; "utilizar outro sistema de tratamento do lixo"; "combater os ratos"; "escada para limpeza de vidros"; "serviço de limpeza específico por departamento"; "estufa para inverno no CIF"; "melhor conservação dos sanitários"; "consertar sistema de iluminação".

QUADRO 15 - Outros locais/Serviços para melhorar seu desempenho.

OUTROS LOCAIS/SERVIÇOS PARA MELHORAR SEU DESEMPENHO	f
Condicionamento físico-funcional/organizacional:	
. Central de vídeo/vídeo-cassete/fotografia/Slides/sala VT.	7
. Laboratórios didáticos/Análise Clínica/Enfermagem.	4
. Equipamentos para Análises Clínicas *Ver listagem question.	3
. Instalação setor/criação recursos audio-visuais no centro/esclar.	5
. Valorizar auxílio-didático/material didático/serviço para atendimento.	5
. Computação/informático/capacitação em computação.	7
. Material de pesquisa/para escritório/apoio pesquisa/salas.	4
. Central de atendimento + prático no Hospital Universitário.	1
. Local para atendente clínica pós-graduação SIM.	1
. + 1 funcionário com pós-graduação SIM/+ pessoal datilografia.	1
. Limpeza com pessoas competentes.	3
. Serviço treinamento do servidor para ingresso/para atualização.	1
. Aumentar verba e pessoal/ampliação edifício + pessoal portaria.	2
. Xerox melhor/específico do centro ou que aceite bonus.	2
. Mimeografo funcionante todo expediente.	1
. Biblioteca setorial/estudo/laboratório (especificamente Enfermagem).	9
. Equipamentos para laboratórios farmacêuticos.	2
. Profissionalizar o professor/capacitação para todos.	1
. Apoio administrativo e didático ao professor.	2
. Serviço social.	1
. Serviço apoio "office boy"/definir claramente papéis direção X portaria.	3
. Pessoal + veículo para transporte material laboratório.	1
. Pessoal para correspondência entre secretaria/laboratório Hospital Universitário.	1
. Serviço mural mais interessantes.	1
. Serviço datilografia para professores/sala exclusiva datilografia particular.	7
. Cargos superiores supervisão/qualidade serviço todos servidores.	3
. Serviço atendimento intercorrências saúde/prioridade odontologia.	5

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, junho, 1989.

Observa-se que os servidores respondentes propõem outros locais e serviços no condicionamento físico-funcional e organizacional para melhorar seu desempenho: 9 "Biblioteca setorial, local de estudo para NFR"; 7 "central de vídeo, vídeo cassete, fotografia, "slides" e sala de projeção"; 7 "serviço de computação, de informática e capacitação em computação"; 7 "serviço datilografia para professores e sala exclusiva datilografia particular"; 5 "instalação setor e criação de recursos audiovisuais no centro"; 5 "valorizar auxílio didático e serviço didático"; 5 "serviço de atendimento a intercorrências de saúde com prioridade dos servidores, especialmente na odontologia"; 3 "equipamentos para análises clínicas (*ver lista separada)"; 4 "material e sala para pesquisa, para escritório e apoio"; 3 "limpeza com pessoas competentes"; 3 "serviço de apoio "office-boy", definição de papéis serviço de informação (portaria X direção)"; 3 "cargos superiores para supervisão de qualidade de serviço todos servidores"; 2 "aumentar verbas e pessoal, ampliar edifício e pessoal portaria", 2 "xerox melhor e específico do centro ou que acerte bonus"; 2 "equipamentos para laboratórios farmacêuticos"; 2 "apoio administrativo e didático ao professor"; 2 "integração dos diversos departamentos e convivência entre os servidores"; e opiniões individuais: "central de atendimento mais prático no Hospital Universitário"; "local próprio para atendente da clínica de pós-graduação da estomatologia"; "mais um funcionário para clínica de pós-graduação de estomatologia, mais pessoal para datilografia"; "serviço de treinamento para ingresso e atualização do servidor"; "mimeógrafo funcionante todo expediente"; "profissionalizar o professor, capacitação para todos"; "serviço social"; "pessoal e veículo para transporte material de laboratório"; "pessoal para correspondência entre secretaria e laboratório do hospital", "serviço de avisos murais mais interessantes"; "serviço de integração docente-assistencial"; "reuniões mensais com funcionamento so-higiene do Centro"; "melhorar em funcionamento em geral"; "centro-saúde/escola"; "implantação da computação nos serviços administrativos, financeiros, de pesquisa e extensão"; "cursos de primeiros socorros"; "aulas de ginástica no Centro"; "maior aproximação das secretarias à Direção"; "distribuição equitativa do trabalho"; e "portaria descentralizada"; 9 não apresentam nenhuma proposta e 15 não responderam.

QUADRO 16 - Outros locais/Serviços para melhorar seu desempenho.

OUTROS LOCAIS/SERVIÇOS PARA MELHORAR SEU DESEMPENHO	f
Condicionamento físico-funcional/organizacional:	
. Integração dos diversos departamentos/convivência servidores	2
. Serviço integração docente-assistencial	1
. Reuniões mensais com funcionários sobre higiene no centro	1
. Melhorar funcionamento em geral	1
. Centro saúde/escola	1
. Implantação computação nos serviços administrativos/pesquisa/extensão	1
. Curso primeiros socorros	1
. Aulas ginástica no centro	1
. Maior aproximação secretaria/direção	1
. Distribuição equitativa trabalho	1
. Portaria descentralizada	1
Nenhum	9
Sem Resposta	15

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, junho, 1989.

Observa-se que os servidores respondentes propõem outros locais e serviços no condicionamento físico-funcional e organizacional para melhorar seu desempenho: 9 "Biblioteca setorial, local de estudo para NFR"; 7 "central de vídeo", vídeo cassete, fotografia, "slides" e sala de projeção"; 7 "serviço de computação, de informática e capacitação em computação"; 7 "serviço datilografia para professores e sala exclusiva datilografia particular"; 5 "instalação setor e criação de recursos audiovisuais no Centro"; 5 "valorizar auxílio-didático e serviço de material didático"; 5 "serviço de atendimento a intercorrências de saúde com prioridade dos servidores, especialmente na odontologia"; 3 "equipamentos para análises clínicas (*ver lista separada)"; 4 "material e sala para pesquisa, para escritório e apoio"; 3 "limpeza com pessoas competentes"; 3 "serviço de apoio "office-boy", definição de papéis serviço de informação (portaria X direção)"; 3 "cargos superiores para supervisão de qualidade de serviço todos servidores"; 2 aumentar verbas e pessoal, ampliar edifício e pessoal portaria", 2 "xerox melhor e específico do centro ou que acerte bonus"; 2 "equipamentos para laboratórios farmacêuticos"; 2 "apoio administrativo e didático ao professor"; 2 "integração dos diversos departamentos e convivência entre os servidores"; e opiniões individuais: "central de atendimento mais prático no Hospital Universitário"; "local próprio para atendente da clínica de pós-graduação da estomatologia"; "mais um funcionário para clínica de pós-graduação de estomatologia, mais pessoal para datilografia"; "serviço de treinamento para ingresso e atualização do servidor"; "mimeografo funcionante todo expediente"; "profissionalizar o professor, capacitação para todos"; "serviço social"; pessoal e veículo para transporte material de laboratório"; "pessoal para correspondência entre secretaria e laboratório do hospital", "serviço de avisos murais mais interessantes"; "serviço de integração docente-assistencial"; "reuniões mensais com funcionamento so-higiene do Centro"; melhorar em funcionamento em geral"; "centro-saúde/escola"; implantação da computação nos serviços administrativos, financeiros de pesquisa e extensão"; "cursos de primeiros socorros"; "aulas de ginástica no Centro"; "maior aproximação das secretarias à Direção"; "distribuição equitativa do trabalho"; e "portaria descentralizada"; 9 "não apresentam nenhuma proposta" e 15 "não responderam".

Tabela 33 - Distribuição de freqüência dos Servidores respondentes sobre: conceituação de saúde:

Conceitos de Saúde	f	%
Bio Psico mental-social	30	35.7
Ausência de doença e dor	19	22.6
Condicionamentos: conforto, prazer, ânimo, força	16	19.0
Predisposição para trabalho, lazer, relações sociais, adaptação ambiente/indivíduo	13	15.4
Capacidade para auto-cuidado	01	1.2
existência e acesso recursos	01	1.2
Sem resposta	04	4.8
TOTAL	84	100.0

TABELA 27 - Distribuição de freqüências das condições dos órgãos dos sentidos e dos dentes dos servidores.

ORÇÃOS SENTIDOS + DENTES	EXCELENTE		BOA		DEFICIENTE		MÁ	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Audição	45	53,6	35	41,7	4	4,7	0	-
Visão	20	23,8	37	44,0	26	31,0	1	1,2
Tato	51	63,0	27	33,3	3	3,6	0	-
Olfato	46	56,8	30	37,0	4	4,9	1	1,2
Paladar	48	59,3	30	37,0	3	3,6	0	-
Dentes	8	10,1	56	70,9	15	19,0	0	-

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

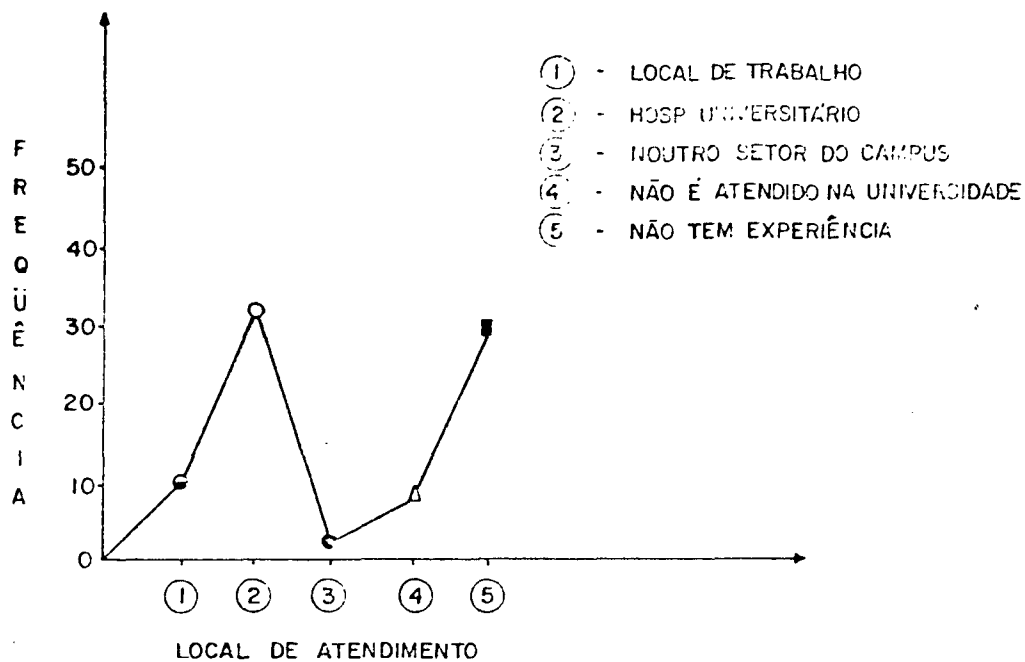
*NOTA: Informação ignorada em: tato, olfato e paladar (3 servidores) e dos dentes (5 servidores).

**NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 32,2% dos servidores respondentes consideram Deficiente ou Má suas Condições de Visão; 19,0%, Deficientes condições de Dentes; 6,1% Deficientes ou Más Condições do Olfato; 4,7% Deficientes, Condições de Audição; 3,6% Condições de Paladar e Tato.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DO LOCAL DE ATENDIMENTO QUANDO SERVIDORES SENTEM-SE MAL NO SERVIÇO.

GRÁFICO 14



FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 40,2% dos Servidores Respondentes utilizam o Hospital Universitário quando se sentem mal no Serviço; 36,6% não tiveram esta experiência; 12,2% foram atendidos no local de trabalho; 9,8% não são atendidos na Universidade e 1,2% noutra setor do Campus.

TABELA 15 - Distribuição de frequência da ocorrência de óbito entre mães e pais dos servidores.

ÓBITO	PAIS	MÃE		PAI	
		f	%	f	%
Sim		23	27,3	35	41,7
Não		57	67,9	45	53,6
Ignorado		4	4,8	4	4,7
TOTAL		84	100,0	84	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área Saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que a ocorrência de óbito entre os pais e as mães dos Servidores Respondentes é de 41,7% e 27,3% respectivamente.

TABELA 16 - Distribuição da Frequência da ocorrência da saúde/doenças de familiares e dos servidores.

SAÚDE/DOENÇA	MÃE		PAI		IRMÃOS		TIOS		SERVIDOR		FILHOS	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nenhuma	23	27,0	15	17,0	44	52,0	31	36,0	8	9,5	41	48,0
Excelente	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	2,0
Boa	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1,0
Regular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problema Cardio Vascular	23	27,0	19	22,0	6	7,0	9	10,0	11	13,0	1	1,0
Problema Respiratório	2	-	2	-	-	-	-	-	12	14,2	5	6,0
Problema ORL/OFT.	-	-	3	-	1	-	-	-	12	14,2	1	1,0
Problema Digestivo/Hepático	-	-	2	-	-	-	-	-	13	15,4	1	1,0
Problemas Hormonais	2	-	1	-	1	-	4	-	6	7,1	-	-
Problemas Musculo Esquelético	2	-	5	-	-	-	1	-	7	8,3	-	-
Problema Neuro./Ment./Ps.	2	-	5	-	8	9,0	7	8,0	15	17,8	2	2,0
Problemas Infec./Paras.	1	-	-	-	1	-	-	-	11	13,0	-	-
Problemas Obesidade	2	-	2	-	2	-	1	-	-	-	2	2,0
Problemas Dif. Câncer	7	8,0	3	-	3	-	5	6,0	2	2,3	-	-
Outros	1	-	6	7,0	1	-	1	-	-	-	1	1,0
Urinários/Renais	1	-	-	-	1	-	2	-	8	9,5	-	-
Ginecológico/Obstétrico	1	-	-	-	-	-	-	-	4	4,7	-	-

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Unversitário - área saúde, junho, 1989.

*NOTA: Foram acumulados dados sobre mais de um doença informada por um mesmo servidor.

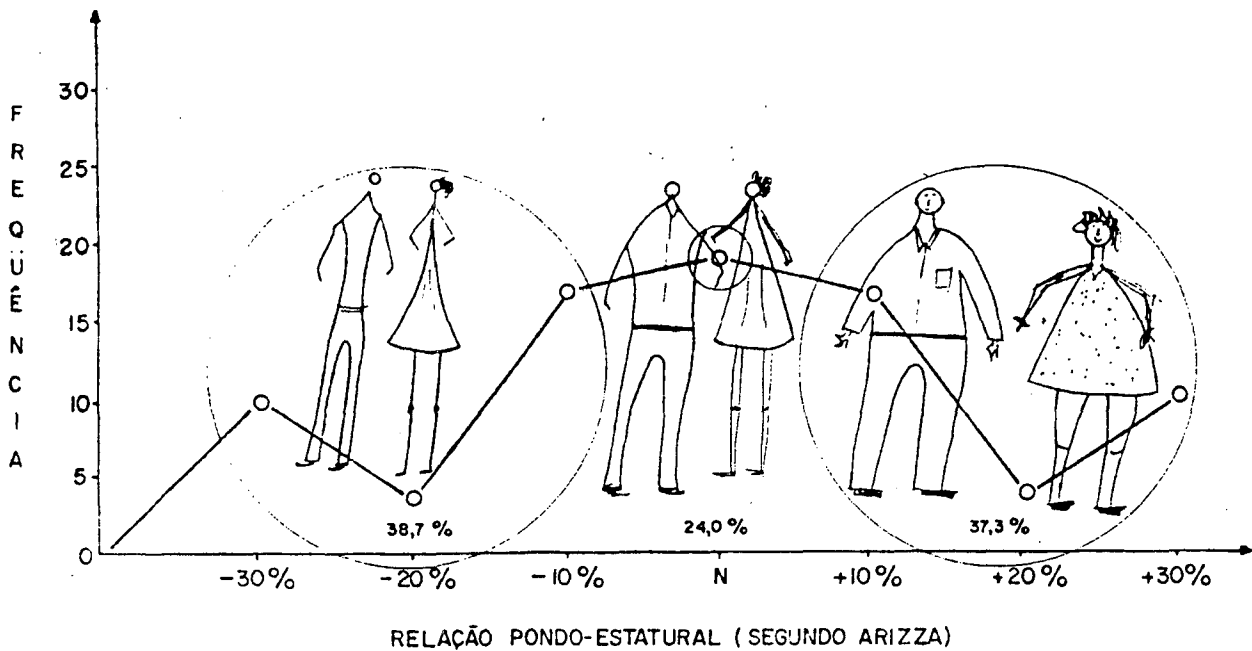
**NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se se as maiores ocorrências de problemas de saúde/doença dos servidores respondentes estão relacionadas ou não com a ocorrência dos mesmos nos familiares: os problemas neurológicos, psiquiátricos e psicológicos manifestam-se em 17,8% nos servidores e 28,4% nos familiares; problemas digestivos, hepáticos e intestinais - 15,4% nos servidores e 3,2% nos familiares; problemas respiratórios, 14,2% nos servidores e 11,6% nos familiares; nos problemas oftalmo-otorrinolaringológicos, 14,2% nos servidores e 5,8 nos familiares; problemas cardiovasculares, 13,0% nos servidores e 67,0% nos familiares; problemas infecciosos e parasitários, 13,0% nos servidores e 2,4% nos familiares; problemas urinários e renais, 9,5% nos servidores e 4,7% nos familiares; problemas músculo-esqueléticos, 8,3% nos servidores e 9,5% nos familiares; problemas hormonais, 7,1% nos servidores e 9,4% nos familiares; problemas gineco-obstétricos, 4,7% nos servidores e 1,2% nos familiares e em diferentes tipos de câncer, 2,3% nos servidores e 19,9% nos familiares.

***NOTA: Os problemas de saúde/doença foram referidos pelos servidores, sem constatação científica.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DA RELAÇÃO PONDO-ESTATURAL DOS SERVIDORES.

GRÁFICO Nº 23



FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde, junho, 1989.

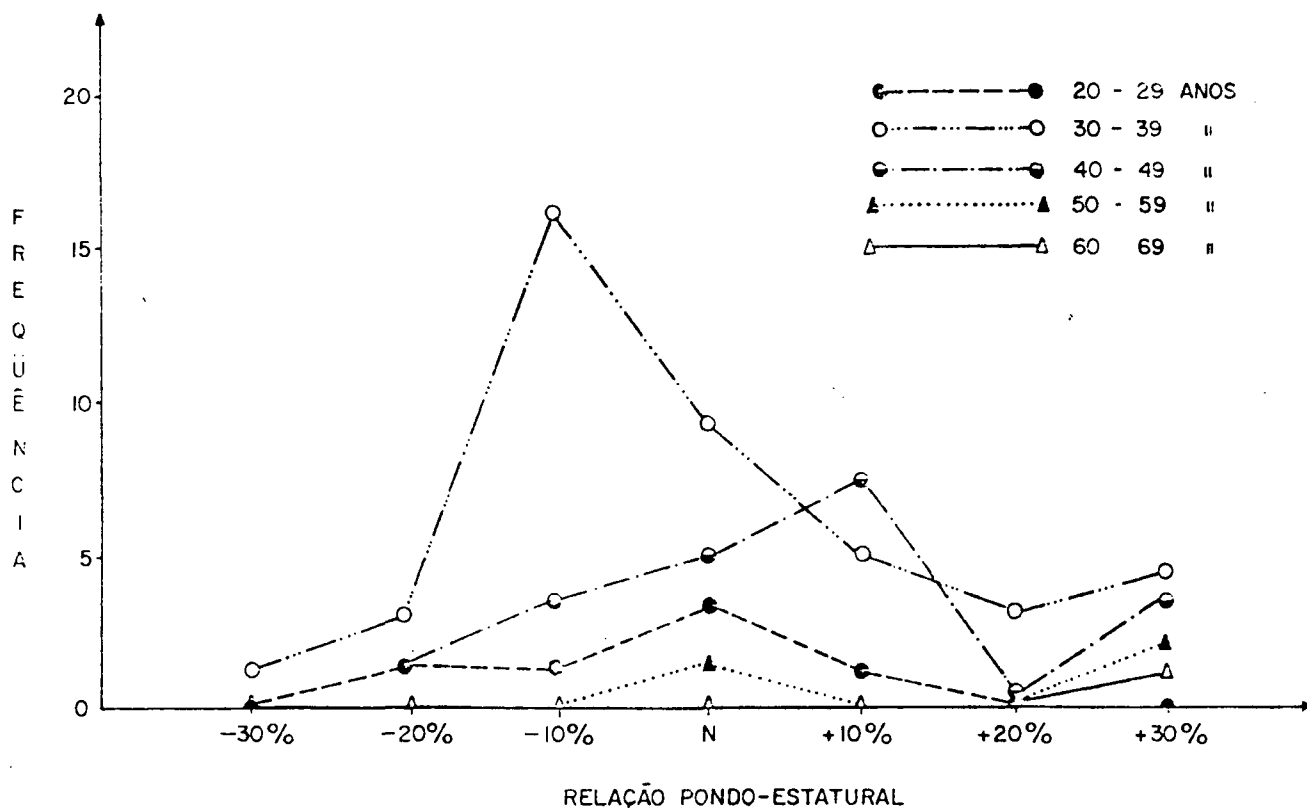
*NOTA - DOS 79 SERVIDORES REPRESENTADOS NESTE GRÁFICO, SOMENTE 50 SOMETERAM-SE A VERIFICAÇÃO P/ ENFERMEIRA OU SEJA 59,5% DO TOTAL DE 84.

*NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 37,1% dos servidores respondentes apresentam a relação pondo-estatural entre (-10%) e (-30%) e 37,3% entre (+10%) e (+30%), estando 24,0% dentro da normalidade.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS PONDO-ESTATURAL EM RELAÇÃO A FAIXA ETÁRIA DOS SERVIDORES.

GRÁFICO 24



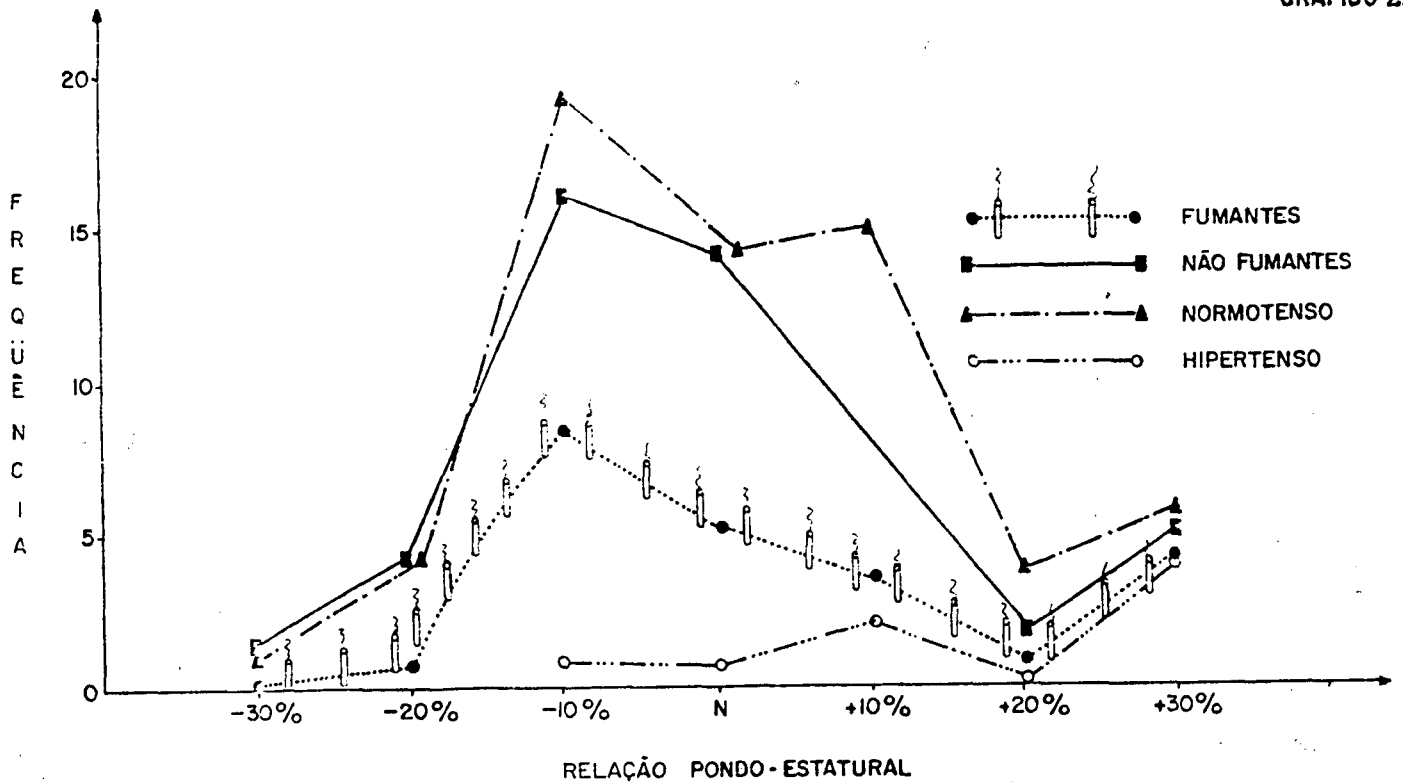
FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - Área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido" , incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 75,0% dos 38,7% de servidores respondentes que estão com -10% a -30% e 42,8% dos 37,3% com +10% a +30% na sua relação pondero-estatural correspondem a faixa etária de 30-39 anos como predominante para ambos tipos de alterações de peso corporal.

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS NÃO FUMANTES E FUMANTES EM RELAÇÃO A CONDIÇÃO PONDO-ESTATURAL + TENSÃO ARTERIAL.

GRÁFICO 25



FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que dos 71,8% dos servidores que não fumam estão 28,5% com -10%; 7,1% com -20% e 1,8% com -30% na relação ponderal; 25% são normais; 25% com +10%; 3,5% com +20% e 8,9% com +30% do peso corporal.

Dos 28,2% que fumam, 36,3% com -10%; 4,5% com -20% e 0,0% com -30%; 22,7% são normais; 13,6% com +10%; 4,5% com +20% e 18,1% com +30% de peso corporal.

TABELA 26 - Distribuição de freqüência dos não fumantes e fumantes em relação aos níveis tensionais arteriais.

FUMO	SIM		NÃO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
TENSÃO ARTERIAL						
Normo tenso	18	29,5	43	70,5	61	72,6
Hipertenso	2	25,0	6	75,0	8	9,5
Ignorado	-	-	-	-	-	-
TOTAL	20		49		84	

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universtária - Área Saúde, junho, 1989.

*NOTA: Esta tabela não registra toda a clientela na questão do fumo, tão pouco revela dados exatos quanto aos valores tensionais, por terem habido 50 aferições instrumental, somente. Além de que houve 3 aferições simultâneas para cada servidor.

**NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 75,0% dos servidores respondentes supostamente hipertensos não fumam e 25,0% sim fumam, além dos 29,5% que se supõe normotensos e 70,5% não fumam. Os 9,5% constituem o grupo de supostamente hipertensos.

QUADRO 30 - Frequência do tipo de ajuda que falta para conservar a saúde de acordo a doença que o servidor mais teme.

DOENÇA QUE MAIS TEMA	O QUE FALTA PARA CONSERVAR SAÚDE	AUTO-CUIDADO	ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL	CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO
Câncer		18	4	11
Imunodeficiência (AIDS)		9	2	6
Dores		2	0	0
Doenças Incuráveis		10	2	2
Doenças Invalidantes		4	2	4
Doenças Infecto-Contagiosa		4	1	2
Acidentes		0	0	2
Todas		3	1	2
TOTAL		50	12	27

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Dados acumulados de mais um tipo "falta" por um mesmo servidor, além de haver média 62 ignorados.

Observa-se que 103,5% dos servidores respondentes, 57,4% manifestam o AUTO-CUIDADO como a ajuda que falta para conservar a saúde segundo as doenças mais temidas; 31,0%, CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO; 13,7%, ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL. As relações mais expressivas entre TIPO DE AJUDA e DOENÇA MAIS TEMIDA foram: AUTO-CUIDADO no Câncer, 54,5%; 18,1% nas Doenças Incuráveis; 16,3% na Imunodeficiência. CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO no Câncer, 33,4%; 18,1% na Imunodeficiência e 12,1% nas doenças invalidantes. ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL no Câncer, 12,1%; 6,0% na Imunodeficiência, 6,0%, Doenças Invalidantes e 6,0% Doenças Incuráveis.

TABELA 18 - Distribuição de freqüência do uso de medicamento e álcool pelos servidores.

USO DROGAS	MEDICAMENTO		ÁLCOOL	
	f	%	f	%
Não	65	77,4	48	57,1
Sim - diariamente	12	14,2	5	6,0
- fim de semana	-	-	11	13,1
- eventualmente	7	8,4	16	19,0
Ignorado	7	8,4	4	4,8
TOTAL	84	100,0	94	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 77,1% dos servidores respondentes não tomam medicamento e 14,2% tomam diariamente, enquanto que 57,1% não tomam álcool, 6,0% o faz diariamente; 19,0% eventualmente, 13,1% nos fins de semana e 4,8% não informaram sobre álcool e 8,4 sobre medicamento.

TABELA 19 - Distribuição de frequência da saúde/doença dos servidores em relação ao exercício físico

EXERCÍCIO FÍSICO	SAÚDE/DOENÇA													TOTAL	%
	NENHUMA	CARDIO-VASCULAR	RESPIRAT.	ORT. OPTALM.	DIGEST.	URINAR.	GINECO. OBS.	HORMON.	MUSC. ESQ.	NEURO. M.	INFECT. PARAS.	OUTROS	TOTAL		
Sim	3	2	2	2	3	1	1	1	0	0	1	0	16	25,9	
Não/Às Vezes	3	1	6	6	5	3	1	4	3	6	7	1	46	74,1	
TOTAL	6	3	8	8	8	4	2	5	3	6	8	1	62	100,0	

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: 22 servidores não informaram sobre saúde/doença.

Observa-se que 74,1% dos servidores respondentes que apresentam problemas de saúde/doença Não realizam ou somente Às Vezes exercícios físicos; 25,9% realizam.

Tabela 20 - Distribuição de frequência da saúde/doença dos servidores em relação a recreação.

RECREAÇÃO	SAÚDE/DOENÇA												TOTAL	%
	NENHUMA	CARDIO-VASCULAR	RESPIRAT.	ORT. OFTALM.	DIGEST.	URINAR.	GINECO. OBST.	HORMON.	MUSC. ESQ.	NEURO. M.	INFECTO. PARAS.	OUTROS		
Sim	5	1	3	4	7	1	1	0	0	0	2	1	25	40,3
Não/Às Vezes	1	2	5	4	1	3	1	5	3	6	6	0	37	59,7
TOTAL	6	3	8	8	8	4	2	5	3	6	8	1	62	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: 22 servidores não informaram sobre saúde/doença.

Observa-se que 59,7% dos servidores respondentes que apresentam problemas de saúde/doença Não fazem ou somente Às Vezes recreação e 40,3% fazem.

Tabela 21 - Distribuição de freqüência da saúde/doença dos servidores em relação ao sono.

SONO	SAÚDE/DOENÇA													TOTAL		
	NENHUMA	CARDIO-VASCULAR	RESPIRAT.	ORL.	OPTALM.	DIGEST.	URINAR.	GINECO. OBS.	HORMON.	MUSC. ESQ.	NEURO. M.	INFECTO. PARASIT.	OUTROS			
Bom															59	71,1
Regular															22	26,5
TOTAL															81	97,6

Sem significância estatística

"

"

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: 3 Servidores não informaram sobre "sono".

Observa-se que 71,1% dos servidores respondentes que apresentam problemas de saúde/doença informaram a qualidade de seu SONO como Bom e 26,6% de Regular.

TABELA 22 - Distribuição de frequência da saúde/doença dos servidores em relação ao local de refeições.

LOCAL REFEIÇÕES	SAÚDE/DOENÇA												TOTAL	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
	CARDIO-VASCULAR	RESPIRAT.	ORT. OFTALM.	DIGESTIV.	URINAR.	GINECO. OBST.	HORMON.	MUSC. ESQ.	NEURO. M.	INFECT. PARAS.	OUTROS	TOTAL	%	
Restaurante Universitário	-	2	1	3	1	-	1	1	5	2	-	17	27,4	
Campus	-	-	1	2	1	-	-	1	-	2	-	7	11,2	
Domicílio	6	1	4	1	6	3	4	1	1	4	1	33	53,2	
Local de Trabalho	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	3	4,8	
Outro	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	3,4	
TOTAL	6	3	8	8	8	4	5	3	6	8	1	62	100,0	

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: 22 servidores não informaram sobre saúde/doença.

Observa-se que 53,2% dos servidores respondentes que apresentam problemas de saúde/doença almoçam em seu domicílio particular; 27,4% no Restaurante Universitário; 11,2% noutro restaurante do campus; 4,8% no local de trabalho e 3,4% em outro local.

TABELA 28 - Distribuição de freqüências das doenças "mais temidas" pelos servidores.

DOENÇA MAIS TEMIDA	f	%
Câncer	40	23,8
Imunodeficiência	18	10,7
Surdez completa	4	2,3
Dores	3	1,7
Doença Crônica	15	8,9
Doença invalidante	11	6,5
Doença infec./contagiosa	11	6,5
Acidentes	1	0,6
Todas	6	3,5
Nenhum A/S. Resp.	59	35,5
TOTAL	168	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

*NOTA: Dados acumulados desta tabela representam mais de uma "doença temida" foi informada pelos servidores.

**NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 23,8% dos servidores respondentes manifestam temer o Câncer; 10,7%, Imunodeficiência; 8,9%, Doença Crônica ; 6,5% Doença Invalidante; 6,5%, Doença Infecto-Contagiosa; 3,5% Todas; 2,3%, Surdez Completa; 1,7%, Dores; 0,6%, Acidentes e 35,5% sem Resposta ou Nenhuma Doença.

QUADRO 29 - Frequência do tipo de ajuda que falta para conservar a saúde de acordo ao problema de saúde do servidor.

PROBLEMA SAÚDE \ O QUE FALTA PARA CONSERVAR SAÚDE	AUTO-CUIDADO 1	ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL 2	CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO 3
Problema Cardio-Vascular	1	3	2
Problema Respiratório	4	0	2
Problema ORL/Oftalm.	0	2	4
Problema Digest./Hep./Int.	3	2	0
Problema Urin./Renais	0	1	1
Problema Gineco./Obst./Sex.	1	0	0
Problema Hormonais	0	1	0
Problema Músc./Esq./Vasc.	2	1	3
Problema Neuro/Ment./Psic.	4	1	3
Problema Infec./Parasitár.	1	0	0
Outros	4	0	1
TOTAL	20	11	16

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

*NOTA: Dados acumulados de mais de um tipo "falta" por um mesmo servidor, além de haver 62 servidores

Observa-se que dos 56,0% servidores respondentes que responderam sobre esta questão, 42,5% manifestaram Auto-Cuidado; 34,0%, Condições de vida e Trabalho; 23,4%, Assistência Profissional. Relacionando-se com os problemas de saúde/doença da seguinte forma: 12,7%, cardiovasculares; 12,7%, respiratórios; 12,7%, oftalmo-otorrinolaringológicos; 12,7%, músculo-esqueletais-vasculares; 10,6%, digestivos-hepáticos-intestinais; 10,6%, neurológicos-psiquiátricos-psicológicos; 4,25%, urinários-renais; 2,1%, infecto-parasitários; 2,1%, hormonais e 10,6% outros problemas.

TABELA 11 - Distribuição de freqüência dos tipos de avaliação dos servidores em relação aos sentimentos.

TIPO (ITENS) DE AVALIAÇÃO	SIM		AS VEZES		NÃO		NÃO SEI		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SENTIMENTO DO SERVIDOR												
Sente:												
. Satisfação no que faz	55	67,1	21	25,6	3	6,1	1	1,2	4	-	84	100,0
. Importante pelo que faz	49	59,8	23	28,0	7	8,5	3	3,7	2	-	84	100,0
. Gratificado pelo que faz	31	38,3	30	37,0	20	24,7	0	-	3	-	84	100,0
. Estimulado pela instituição	16	19,5	17	20,7	47	57,3	2	2,4	2	-	84	100,0
. Seu trabalho é importante para outras pessoas	60	74,1	18	23,2	3	3,7	0	-	3	-	84	100,0
. Seu trabalho é importante para o centro	63	77,8	12	14,8	3	3,7	3	3,7	3	-	84	100,0
. Está preparado para a função	66	81,5	10	12,3	2	2,5	3	3,7	3	-	84	100,0
. Mal aproveitado	30	37,5	17	21,3	32	40,0	1	1,2	4	-	84	100,0
Tem acesso fácil a autoridades	48	60,8	16	20,3	14	17,7	1	1,3	5	-	84	100,0
Participa nas decisões:												
. Da chefia imediata	35	50,0	15	21,4	17	24,3	3	4,3	14	-	84	100,0
. Da chefia Departamento	33	47,1	15	21,4	22	31,4	0	-	14	-	84	100,0
. Da chefia Centro	20	25,6	18	23,1	38	48,7	2	2,6	6	-	84	100,0
É consultada nas decisões:												
. Ambiente trabalho	37	46,8	16	20,3	26	32,9	0	-	5	-	84	100,0
. Recursos humanos	32	41,0	18	23,1	28	35,9	0	-	6	-	84	100,0
. Recursos materiais	35	44,9	23	29,5	20	25,6	0	-	6	-	84	100,0
. Recursos financeiros	22	30,1	16	21,9	35	47,9	0	-	11	-	84	100,0
Pode receber:												
. Assessoria técnica	44	55,7	8	10,1	26	32,9	1	1,3	5	-	84	100,0
. Treinamento função	37	47,4	9	11,5	27	34,6	5	6,4	6	-	84	100,0
. Capacitação específica	44	47,4	9	11,5	27	34,6	5	6,4	6	-	84	100,0
. Supervisão desempenho	37	46,8	6	7,6	29	36,7	5	6,0	8	-	84	100,0
. Avaliação desempenho	22	30,1	16	21,9	35	47,9	0	-	11	-	84	100,0
Pode fazer:												
. Assessoria técnica	52	65,0	11	13,8	11	13,8	6	7,5	4	-	84	100,0
. Treinamento função	60	75,9	6	7,6	9	11,4	4	5,1	5	-	84	100,0
. Capacitação Especifica	47	61,0	8	10,4	12	15,6	10	13,0	7	-	84	100,0
. Supervisão desempenho	44	57,1	11	14,3	16	20,8	6	7,8	7	-	84	100,0
. Avaliação desempenho	41	52,6	13	16,7	13	16,7	15	19,2	6	-	84	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável. Observa-se que o tipo de avaliação em relação aos sentimentos dos servidores respondentes é de:

SIM/AS VEZES SEMIE:

92,7% satisfação no que faz; 87,8% importante pelo que faz; 75,3% gratificado pelo que faz; 40,2% estimulado pela instituição; 96,3% seu trabalho é importante para outras pessoas; 92,6% seu trabalho é importante para o Centro; 93,8% está preparado para função; 58,8% mal aproveitado; 81,1% tem acesso fácil às autoridades; 71,4% participa nas decisões da chefia imediata; 68,5% participa nas decisões da Chefia do Departamento; 48,7% participa nas decisões da Chefia do Centro; 67,1% são consultados nas decisões sobre o ambiente de trabalho; 64,1% são consultados nas decisões sobre recursos humanos; 74,4% são consultados nas decisões sobre recursos materiais; 52,0% são consultados nas decisões sobre recursos financeiros; 45,8% pode receber assessoramento técnico; 58,9% pode receber treinamento na função; 48,9% pode receber capacitação específica; 54,4% pode receber supervisão no desempenho; 52,0% pode receber avaliação de desempenho; 78% pode fazer assessoramento técnico; 83,5% pode realizar treinamento na função; 71,4% pode realizar capacitação específica; 81,4% pode realizar supervisão de desempenho; 69,3% pode realizar avaliação de desempenho.

NÃO (SEMIE)/NÃO SEI:

7,3% satisfação no que faz; 12,2% importante pelo que faz; 24,7% gratificado pelo que faz; 59,7% estimulado pela instituição; 3,7% seu trabalho é importante para outras pessoas; 7,4% seu trabalho é importante para o Centro; 6,2% preparado para a função; 41,2% mal-aproveitado; 19,0% acesso fácil as autoridades; 28,6% participa nas decisões da chefia imediata; 31,4% participa nas decisões da chefia do Departamento; 51,3% participa nas decisões da chefia do Centro; 32,9% são consultados nas decisões sobre o ambiente de trabalho; 35,9% são consultados sobre os recursos humanos; 25,6% são consultados sobre recursos materiais; 47,9% são consultados sobre recursos financeiros; 34,2% podem receber assessoramento técnico; 41,0% podem receber treinamento na função; 41,0% podem receber capacitação específica; 42,7% podem receber supervisão de desempenho; 47,9% podem receber avaliação de desempenho; 21,5% podem fazer assessoramento técnico; 16,5% podem fazer treinamento na função; 28,6% podem fazer capacitação específica; 28,6% podem fazer supervisão no desempenho e 35,9% podem fazer avaliação de desempenho.

TABELA 12 - Distribuição de frequência dos tipos de constatação dos servidores em relação a existência de programa de apoio.

TIPO DE CONSTATAÇÃO	SIM		ÀS VEZES		NÃO		NÃO SEI		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	PROGRAMA DE APOIO NO CENTRO	11	13,8	9	11,3	45	56,3	15	18,8	4	-	84
Estimular:	12	15,2	16	20,3	42	53,2	9	11,4	5	-	84	100,0
• Relação Interpessoais produtivas												
• Recreação/Cultura												
Ajudar:												
• Situações críticas pessoais/gru- pais	16	19,8	12	14,8	42	51,9	11	13,6	3	-	84	100,0
• Aquisições:												
- Artigo consumo	11	13,8	9	11,1	52	64,2	9	11,1	3	-	84	100,0
- Casa própria	6	7,4	4	4,9	62	76,5	9	11,1	3	-	84	100,0
- Elemento conforto ambiente tra- balho	9	11,7	8	10,4	50	64,9	10	13,0	7	-	84	100,0
Desfrutar período férias	14	18,7	4	5,3	43	57,3	14	18,7	9	-	84	100,0
Apoiar:												
• Na doença aguda	6	8,0	10	13,3	45	60,0	14	18,7	9	-	84	100,0
• Na doença crônica	5	6,7	10	13,3	44	58,7	16	21,3	9	-	84	100,0
• Na incapacidade	1	6,7	7	9,3	47	62,7	16	21,3	9	-	84	100,0
• No aposentado	4	5,3	4	5,3	50	66,7	4	22,7	9	-	84	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área da Saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável. Observa-se que os tipos de constatação dos servidores respondentes em relação a existência de programa de apoio foi a seguinte:

SIM/ÀS VEZES:

25,1% no estímulo de relações interpessoais produtivas; 35,5% estímulo de recreação e cultura; 34,5% ajuda a situações críticas pessoais e grupais; 24,9% ajuda na aquisição de artigos de consumo; 12,3% da casa própria; 22,1% de elementos de conforto do ambiente de trabalho; 24,0% desfrutar período de férias; 21,3% na doença aguda; 20,0% na doença crônica; 16,0% na incapacidade 10,6% ao aposentado.

NÃO/NÃO SEI:

75,1% no estímulo das relações interpessoais produtivas; 64,5% estímulo de recreação e cultura; 65,5% ajuda a situações críticas pessoais e grupais; 75,1% ajuda na aquisição de artigos de consumo; 77,7% da casa própria; 77,9% de elementos de conforto do ambiente de trabalho; 76,0% desfrutar período de férias; 78,7% na doença aguda; 80% na doença crônica; 84,0% na incapacidade e 89,4% no aposentado.

TABELA 13 - Distribuição de freqüência do nível de conhecimento do servidor em relação existência de planos/ações/pessoas para promoção de bem-estar e auto-realização no trabalho.

NÍVEL DE CONHECIMENTO PROMOÇÃO DO BEM ESTAR/ AUTO-REALIZ.	SIM		NÃO		NÃO SEI		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Existe: Plano/Ações/ Pessoas	12	14,8	36	44,4	33	40,7	3	3,6	84	100,0

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que o nível de conhecimento dos servidores respondentes sobre a existência de Planos/Ações/Pessoas que promovam o Bem-Estar e Auto-Realização e no Trabalho, 14,8% disseram que Sim; 85,1% responderam Não/Não Sei e 3,6% deixaram sem resposta.

TABELA 32 - Distribuição de freqüência sobre existência de planos, pessoas/ações que promovem saúde e se gostariam de contar com serviço de saúde no Centro de Ciências da Saúde.

PLANOS/PESSOAS QUE PROMOVEM SAÚDE SERVIÇO SAÚDE NO CCS	SIM		NÃO SEI		NÃO	
	f	%	f	%	f	%
1. Existe	14	16,9	36	43,4	44	39,8
2. Gostaria de contar	75	89,3	-	-	9	10,7

FONTE: Levantamento de Dados Básicos sobre Saúde/Doença dos Servidores e do Ambiente do Centro de Ensino Universitário - área saúde, junho, 1989.

NOTA: Os valores relativos são expressão do "Percentual Válido", incluindo os casos perdidos por não haver resposta à variável.

Observa-se que 83,2% dos servidores respondentes acham que NÃO/NÃO SABEM se existem PLANOS/PESSOAS/AÇÕES que promovam a saúde, e 16,9% dizem que SIM; além de que 89,3% gostariam de contar com um Serviço de Saúde no Centro e 10,7% NÃO.