

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL
EXPANSÃO PÓLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**EDUCANDO-NOS EM GRUPO POR AÇÕES
REFLEXIVAS EM SAÚDE - UMA ÊNFASE NA
PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO**

ANA MARIA DYNIEWICZ

Curitiba, Dezembro de 1995

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL
EXPANSÃO PÓLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**EDUCANDO-NOS EM GRUPO POR AÇÕES
REFLEXIVAS EM SAÚDE - UMA ÊNFASE NA
PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO**

ANA MARIA DYNIEWICZ

ORIENTADORA: DRA. LYGIA PAIM MÜLLER DIAS

Curitiba, ~~Dezembro de 1995~~

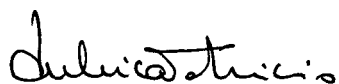
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - REPENSUL
EXPANSÃO PÓLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**EDUCANDO-NOS EM GRUPO POR AÇÕES REFLEXIVAS EM
SAÚDE - UMA ÊNFASE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DO
ENFERMEIRO**

**DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA POR ANA MARIA
DYNIEWICZ, SOB ORIENTAÇÃO DA DRA. LYGIA PAIM MÜLLER DIAS
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM**



DRA. LYGIA PAIM MÜLLER DIAS - PRESIDENTE



DRA. ZULEICA M. PATRÍCIO - EXAMINADORA



DRA. GLÁUCIA BORGES SERAFIM - EXAMINADORA

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Doutoranda e colega Telma Elisa Carraro por sua atenção e zelo na leitura e ajustes de minha dissertação, e valiosa colaboração na banca examinadora para obtenção do grau de mestre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em sua infinita bondade e generosidade, agradeço humildemente pela minha vida e minhas conquistas.

A todas as pessoas que compartilharam desta trajetória em minha vida, expresso aqui minha gratidão, em especial:

À Profa. Dra. Lygia Paim Müller Dias pela sua ajuda, apoio, paciência, segurança e atenção. Sua amizade e seu carinho fazem parte da minha história de vida. A você meu afeto e admiração.

À minha família sempre tão compreensiva, próxima e solícita nas minhas dificuldades. Com todos partilho a alegria das minhas realizações.

À amiga Fátima Said pelos bons papos, apoio, disponibilidade e convívio no aprendizado compartilhado. A você meu carinho e minha sincera gratidão.

À amiga Maria Ribeiro Lacerda pelo incentivo em iniciar este Mestrado e pela amizade de tantos anos. Grata pela sua atenção e encorajamento nas dificuldades que houveram.

À amiga Maria Neiva Falleiros pela sensibilidade com que trata as relações humanas e sua contribuição para que eu também as compreenda melhor.

À Psicóloga e Mestre Marisa Schmidt Silva que colaborou significativamente desde o início da dissertação, orientando caminhos, dando apoio e incentivo.

A todas as pessoas que fizeram parte das atividades de grupo na Prática Assistencial, por permitirem compartilhar de suas histórias e suas emoções.

Às colegas e amigas do Curso de Mestrado, agradeço pelo contínuo estímulo para avançar, ir adiante e conseguir finalizar este trabalho.

Aos professores do Curso de Mestrado, em especial Dra. Mercedes Trentini e Dra. Eloita Neves Arruda pela atenção, convívio e aprendizado.

À Profa. Maria de Lourdes Centa agradeço pelo empenho em trazer, através do Projeto REPENSUL, o Curso de Mestrado em Enfermagem para a UFPR e colaborar significativamente para o seu êxito.

Aos Enfermeiros Adalgiza e Moisés e todos os profissionais do local onde foi desenvolvida a Prática Assistencial, agradeço a prontidão, a colaboração, o apoio e a cordialidade com que me receberam.

A todos os meus amigos e amigas, agradeço pelo otimismo, o estímulo e o apoio em todas as horas.

Aos Professores Frederico e Ginilda de Almeida Torres, Maria de Lourdes Martins pela atenção e zelo com as revisões de português de meus escritos. Sou grata também pelo carinho e amizade.

Ao Professor Ricardo D. Viana, Eliza Swiech e Suzana Stival, agradeço o auxílio na digitação.

Aos professores e funcionários do Curso de Enfermagem - UFPr pelo convívio, auxílio e prontidão às minhas solicitações.

RESUMO

Este trabalho é o relato de uma experiência vivida em pequenos grupos de indivíduos, na função de bancários, em seus próprios locais de trabalho, desenvolvida dentro de uma proposta de prática assistencial de dimensões educativas, levadas a efeito pelo enfermeiro na função social de educador em saúde. Trata-se de uma abordagem metodológica alternativa, norteadada pelo marco conceitual construído a partir de concepções próprias, conceitos da teoria transcultural de Leininger, abordagem didático pedagógica da problematização de Paulo Freire e implementada pelo Método do Arco de Charles Maguerez. Toda a metodologia proposta girou em torno da questão norteadora: “Por que as pessoas adoecem?”. Nela procurou-se resgatar crenças, valores, experiências e ações próprias dos indivíduos, como essência do trabalho educativo a estes grupos. As expressões dos indivíduos, subdivididas em Culturanálise, fazem parte de uma síntese provisória que foi submetida a uma Análise de Conteúdo. As (in)conclusões destas reflexões/ações/reflexões direcionam para a multicausalidade do adoecer, que acomete o ser humano em sua totalidade e unicidade, com significações próprias para quem o vive. Os grupos foram então conduzidos, para a construção de uma consciência crítico-reflexivo-dialógica sobre esta multicausalidade e ações facilitadoras de inter-apoio, coerentes com o contexto sócio-político-econômico e cultural dos indivíduos.

ABSTRACT

This work presents an account of an experience carried out with small groups of individuals, working as bank employees, in their own place of work, developed under a proposal of practice in social work of educational dimensions, brought into effect by the nurse in the social function of health educator. It is an alternative methodological approach, guided by a conceptual framework built upon my own conceptions, concepts from Leininger's transcultural theory and a didactic and pedagogic approach based on Paulo Freire's problematization theory, and implemented through Charles Maguerez's Arch Method. The whole methodology proposed here worked around the leading question, "Why do people fall ill?". In this methodology it was attempted to recover beliefs, values, experiences and actions which were characteristic of the individuals, as the essence of the educational work directed to these groups. The individuals' expressions, subdivided into culture-analysis, are part of a provisional synthesis upon which a content analysis was carried out. The (non-)conclusions of these reflections/actions/reflections point at a multicausality of the process of becoming ill, which affects the human being in their totality and uniqueness, with particular significance for those who undergo this process. The groups were then led to a construction of dialogical, reflexive, critical conscience about this multicausality and the facilitating action of inter-support, coherent with the individuals' socio-political, economic and cultural context.

SUMÁRIO

1. PREÂMBULO	1
1.1 Desvelando Realidades	2
2. ASSUNTO EM QUESTÃO.....	11
2.1 Pressupostos	11
2.2 Objetivos	12
3. TEORIZAÇÃO	13
3.1 Evolução das Abordagens Pedagógicas	14
3.2 Dinâmicas em Grupos e Aprendizagem de Vida	25
3.3 Enfermeiro: Autor e Ator de Estratégias Cênicas na Educação em Saúde.....	32
4. CONSTRUINDO UM MARCO CONCEITUAL	38
5. CONFIGURANDO CARACTERIZAÇÕES DO LOCAL DA EXPERIÊNCIA DE PRÁTICA ASSISTENCIAL	52
6. PROCESSO DE ENFERMAGEM	57
6.1 O apoio teórico na Pedagogia da Problematização	59
7. ANALISANDO E REFLETINDO AS VIVÊNCIAS	71
7.1 Reflexões sobre as atividades de grupo	71
7.2 Análise de Conteúdo	82
7.3 Culturanálise e as Categorias: Por que as pessoas adoecem?	85
7.4 Categorias analisadas	86
7.5 Reflexões sobre a Culturanálise	119
8. VOLTANDO AO COMEÇO - Inspirações Reflexivas	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

1. PREÂMBULO

Tal como as estações do ano, também passamos por fases em nossa vida.

Lembro-me do compositor italiano Antonio Vivaldi e suas famosas Quatro Estações. Ouvindo-as entro na sensação da melodia, percebendo estados de ânimo que cada uma imprime em meu ser.

A volúpia da primavera, a melancolia do outono, a bravura do inverno e o radioso verão, desdobram-se em sentimentos, lembranças, saudades, todas vividas no átimo dos sons melódiosos.

Também melodiosa é a vida, em todas as suas estações quando nos permitimos ouvi-la na sinceridade de nossos sentimentos. Virtuoso o homem na coragem de não repreendê-la, mas admirá-la na pureza da maturidade de cada fase.

São nas recordações pensadas e sentidas em cada fase vivida que inicio este trabalho, fazendo o “play-back” de uma música profissional com doces acordes de realizações passadas e novos ensaios rabiscados na partitura do futuro.

1.1. Desvelando Realidades

Início este trabalho trazendo recortes de uma realidade vivida, em verdade um inverno rigoroso, um retrato da salubridade brasileira que nos mostra um sistema de saúde fragmentado e que não corresponde ao perfil epidemiológico da população atendida. A falta de solução compatível quanto aos problemas básicos, para o bem estar do indivíduo e comunidade, constitui um entrave de dimensões históricas, cuja dívida social não tem precedentes. O financiamento do setor saúde no país privilegia serviços de alta tecnologia, porém, como cita ADAMI (1983), os serviços primários de saúde podem solucionar cerca de dois terços das necessidades de saúde da população, cuja freqüência de doenças simples e cuidados mínimos não significarão baixa qualidade, mas alta resolutividade.

Embora não estejam aqui contempladas, todas as faces do grave problema enfrentado pelos cidadãos em seus agravos à saúde, cabe a nós, enfermeiros, uma parcela de responsabilidade nesta realidade. Será preciso então, refletir sobre esta parcela, tendo em vista as críticas contidas na literatura, quanto ao que ora se pode atribuir como influência à situação da enfermagem, sobre sua participação na realidade de saúde da população em geral.

IDE & CHAVES (1990), escrevendo sobre o papel dos enfermeiros, citam a prática de enfermagem voltada às funções burocrático-administrativas, onde o controle dos serviços hoteleiros dos hospitais, a organização de ambientes, a função de preparo e supervisão dos elementos auxiliares cabem ao enfermeiro e

tem na medicina a autoridade máxima, cabendo ao médico o monopólio do poder alopático, científico e regulador.

BARROS (1991) escreve sobre atitudes acríicas da enfermagem, como uma passividade diante de situações que demandam mudanças tão necessárias a serviços, que melhorem as condições da população e que, agindo assim, os profissionais não demonstram atitudes e posturas de compromisso social.

As questões políticas que sempre nortearam a enfermagem são, para GERMANO (1985), um reforço a estas influências deformadoras na prática dos profissionais, o mesmo acontecendo na Saúde Pública onde, além da alienação, a visão é direcionada à doença e não ao indivíduo ou a população.

Ao lado destas colocações, vale lembrar que o currículo nas escolas de enfermagem de nível superior e médio, influenciado pela escola tradicional e tecnicista, não se destinava a desenvolver o espírito reflexivo crítico sócio-político-cultural. Assim, a compreensão de uma participação consciente de sua contribuição social como enfermeiro era limitada, deixando o aluno de apreender os conhecimentos essenciais ao exercício de seu papel profissional, na saúde da sociedade.

Ressalta-se ainda que muitos profissionais são frutos desse processo histórico, distante da realidade, tanto no decorrer da formação acadêmica como na vida profissional.

No contexto acenado anteriormente é que me incluo.

Olhar o pensar-saber-fazer de meu trabalho como enfermeira, através do exercício de rememorar acontecimentos da vida profissional é, ao mesmo tempo,

provocador e fascinante, produzindo uma inquietação pelas lembranças do que foi, da realidade do que se apresenta, e as expectativas diante do futuro.

As primeiras imagens que me surgem são as da cumplicidade do fazer com o modelo vigente da prática: **reproduzir** através da habilidade manual. Um executar repetitivo que concorria direto ao avanço da tecnologia àquele tempo vigente.

Responsabilizando-me pela prática assistencial aos pacientes na função de enfermeira e líder de equipe, incluindo-me em outras atribuições, além das minhas atribuições profissionais, acumulando afazeres sem conta e com uma energia impulsionadora, própria de uma juventude idealista e sonhadora, me levava a desbravar o mundo, numa emaranhada teia do complexo sistema de saúde, simultaneamente enfático como massificador e tecnicista.

Ao mesmo tempo que ocorria a minha satisfação pela capacidade revestida de competência técnica, esta sensação tornava-se efêmera porque não era uma composição da criatividade, associada ao envolvimento pessoal com os clientes e suas necessidades. Estas emergiam e não eram priorizadas.

Este não envolvimento pessoal com sentimentos, emoções e ações do cliente, lembram-me da trajetória da enfermagem, conhecida por nós e calcada, desde o século passado, em raízes do pensamento Positivista, que dá importância à racionalidade científica, desconsiderando a Teologia e a Metafísica, buscando o “como” a partir da curiosidade humana.

Dentro desta ótica, onde a ciência significa solução, o processo de transcender é considerado um obstáculo ao progresso do homem porquanto não é

útil, nem real e ainda, não considerado certo e positivo; conseqüentemente, os processos são voltados totalmente para as ações imediatas.

Este imediatismo perdura nas práticas da Enfermagem desde as primeiras décadas deste século, trazendo em seu bojo o cuidado às pessoas, limitado a procedimentos técnicos, isolados e automatizados. Acrescente-se, a isto, a padronização de tarefas, a acrítica adoção de manuais de técnicas, os procedimentos com modos únicos de operacionalização, influenciando a “robotização” desse fazer profissional. Tais práticas, em bases funcionalistas, distanciam o executor do todo, que na saúde se mostra como assistência integral ao indivíduo (KURCGANT, 1991).

Segundo CAMPEDELLI e col. (1989), a enfermagem acumulou no decorrer de sua história conhecimentos empíricos e tem executado suas atividades baseada em normas e rotinas repetidas e sem reflexão de sua atuação, mesmo com as modificações da clientela, da organização, do avanço tecnológico e dos próprios profissionais de enfermagem. Como conseqüência o paciente tem recebido uma assistência de enfermagem massificada e descontínua.

Refletindo sobre esta realidade concreta vivida, reporto-me a fase seguinte do meu caminhar profissional: **refletir** sobre o passado vivido e procurar alternativas que conduzam à satisfação, ao prazer de executar uma prática construtiva, evidenciando um papel profissional consciente, científico e humanista.

Embora o fazer técnico se constitua numa necessidade, por ser um dos instrumentos de trabalho, é conveniente entendê-lo como instrumento e, portanto,

associado a um processo de maior abstração, teorizado no âmbito do desenvolvimento das situações práticas.

Ainda que de modo incipiente, isto vem ocorrendo através de certa sintonia entre enfermeiros assistenciais e enfermeiros docentes que partilham dessas mesmas inquietações ao longo do tempo. Foram os encontros formais e informais com estes colegas que possibilitaram a reflexão sobre uma prática assistencial de dimensão educativa, dirigida à saúde do homem, como um processo de trabalho necessário, importante e relevante. Concebemos que optar pela perspectiva de educação em saúde é o mesmo que estar avante de seu tempo, atento ao cotidiano, aberto a modificar e ser modificado pelas circunstâncias que se apresentam, disposto a contribuir para o engrandecimento pessoal e como cidadão, porque ensinando e aprendendo estar-se-á dando uma contribuição significativa de seu esforço pessoal, para a socialização do homem.

Dentro desta perspectiva para a prática assistencial, isto é, na sua dimensão educativa, acreditamos que a educação em saúde a grupos seja uma alternativa que promova maior autonomia, criatividade e impacto de suas ações, tanto para os clientes como para a equipe de saúde.

Se a educação é uma prática social e a profissão de enfermagem também tem seu processo de trabalho voltado ao homem nas suas relações sociais, educação e saúde correm juntos, com o objetivo principal de emancipação do homem e, em conseqüência maior, de uma saudável relação física, social e espiritual com o mundo que o cerca.

Muitos modelos vigentes de práticas educativas fogem deste objetivo principal, porque têm como método a transmissão formal de conhecimentos sobre saúde/doença e estes distantes das reais necessidades da clientela envolvida. Logo, as ações tornam-se de pouco valor ou impacto social.

Neste sentido será na educação em saúde que o enfermeiro “pode recriar todo um processo educativo, contendo conhecimentos de pedagogia, mas instrumentalizado, transformado, para dar conta de um trabalho que não é uma simples transferência de informação aos indivíduos...” (LEOPARDI, et al., 1989, p.113).

Cidadãos comprometidos tendem a exigir mais e melhores serviços; desta forma, cabe a nós enfermeiros o envolvimento ativo com o usuário, através de posturas que denotem todo o potencial humanista-técnico-científico característico do ser enfermeiro, tendo na educação “instrumento de afirmação individual e valorização coletiva de todas as classes sociais, sem distinção” (TOSCANO, 1987, p.31).

Criar vínculo com a comunidade, fazendo-a participante ativa, adquirir uma postura de envolvimento reflexivo-crítico-construtivista, perceber a importância de sua função pedagógico-transformadora, como um processo lento, mas seguro de aprender e ensinar formas mais saudáveis de vida, poderão ser caminhos árduos; mais ainda, considerando-se que “um trabalho de educação em saúde é difícil de ser avaliado em termos objetivos, principalmente se os resultados esperados envolvem uma comunidade e se baseado em pressupostos de educação como um processo” (GONZAGA, 1992, p.133).

Todas estas ponderações descritas anteriormente, decorrentes de um processo contínuo de aprendizagem pessoal e profissional, possibilitaram à condução de um outro pensar-saber-fazer, voltado para uma prática focalizada na educação-saúde.

A oportunidade de reconduzir minha prática profissional surgiu quando estive junto a colegas da área de Saúde Ocupacional, no Programa de Saúde do Trabalhador, num Conglomerado Bancário, realizado ao longo de um ano, em atividades chamadas “palestras educativas”, entendidas à época como práticas de educação e saúde pelos profissionais daquele serviço.

Refletindo sobre a melhor forma de re-orientar minha compreensão deste processo, identifiquei-me com LAGANÁ (1989, p.149), quando diz que:

tradicionalmente a educação para a saúde tem se caracterizado pelos modelos industriais de desenvolvimento ... dando à educação um cunho paternalista e autoritário. No entanto a maioria da população continua a manter comportamentos indesejáveis sob o ponto de vista de seu bem-estar ... ou seja, a educação tem estado desvinculada da situação social e cultural das comunidades.

O texto documental da Secretaria de Educação do Paraná (1992, p.8) coloca que: a educação constitui “função básica à socialização do saber elaborado, indispensável para a compreensão do mundo e da ação sobre ele”. Coerente com esta citação FREIRE (1975, p.106) coloca que *uma socialização crítica culturalmente coerente, em contexto e em realidade objetiva, dirigida aos homens, na construção de conhecimentos levam-nos a novas atitudes diante das situações que se apresentam em tempo e espaço, produzindo um pensar autêntico, criativo e reflexivo sobre sua “ontológica vocação de ser sujeito”*.

Pode-se ver que até há poetas que pensam desta maneira: “A educação de um povo não se faz com entretenimentos frívolos, mas com a preparação cuidadosa de sua cultura.” (MEIRELES, Cecília. Quatro Vozes, 1989, p.79)

Entende-se também que é na composição da situação social e cultural das comunidades, que se realiza a educação das pessoas e grupos. A partir destas preliminares colocações e considerando que o processo de trabalho do enfermeiro envolve necessariamente a educação em saúde com os indivíduos, escolhi e acreditei que este fosse o melhor caminho para o desenvolvimento de uma proposta com pessoas que exercem a função profissional de bancários.

Nesta minha trajetória aqui brevemente descrita e pelas minhas próprias crenças, este trabalho tem como finalidade a discussão de uma prática do enfermeiro com essa dimensão educativa junto a grupos. Os dados da experiência educativo-assistencial, obtidos a partir de um processo de reflexão acerca de questões de saúde, servem como base de um repensar próprio do cuidar em Enfermagem. Este refletir consiste na postura intencional de resgatar valores, crenças e experiências próprias do indivíduo, assegurando, desta forma, a essência do trabalho educativo do enfermeiro, constituindo-se assim, mais uma forma, uma abordagem alternativa aos programas de Educação em Saúde, dentre as levadas a efeito na Enfermagem.

Por esta especificidade recolhi conceitos da Teoria da Enfermagem Transcultural de LEININGER (1985), quando focaliza o estudo comparativo e análise da cultura dos indivíduos diante das práticas de saúde-doença, crenças,

valores, buscando a oferta de serviços de cuidado de enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais.

Diante desse quadro, compreendo hoje que o enfermeiro e os indivíduos reunidos em pequenos grupos podem buscar alternativas para um ser saudável. Para tanto, vale ressaltar que a identificação da doença não mais se pode ver como proveniente apenas do mau funcionamento de mecanismos biológicos, mas como reflexo do estado do organismo inteiro: mente, corpo e sua relação com o meio em que vive. Sendo assim, o modelo biomédico com raízes na concepção cartesiana do corpo, como uma máquina, não mais se sustenta, quando da compreensão maior do homem e seus processos (CAPRA, 1988).

Diante desta visão contemporânea sobre o adoecer humano, sobre o processo vivencial de minha prática profissional e sobre o *valor das ações do enfermeiro como educador em saúde*, é que o Processo de Enfermagem deste estudo, pretende provocar discussões num tema emergente na prática do enfermeiro, constituindo base para argumentações da presente dissertação.

2. ASSUNTO EM QUESTÃO

2.1. Pressupostos

- Provocar o processo de reflexão acerca de questões de saúde dentro da realidade, resgatando crenças, valores e experiências do indivíduo é uma forma de cuidar em enfermagem.

- É característica da natureza humana reunir-se em pequenos grupos e trocar experiências. Utilizar esta oportunidade para o processo de trabalho do enfermeiro é reconhecer que nesses grupos há potencial de aprendizagem e possibilidade de sustentação de uma assistência em caráter educativo-cultural.

- A educação em saúde promove mais autonomia, criatividade e impacto de ações sobre a coletividade de usuários dos serviços de saúde, a partir da possibilidade de estabelecer maiores vínculos entre os enfermeiros e os indivíduos reunidos nos grupos.

2.2 Objetivos

OBJETIVO GERAL

- Desenvolver uma abordagem alternativa para a prática assistencial do enfermeiro, na dimensão de educação em saúde, que considere valores, crenças e experiências de indivíduos, como essência do trabalho educativo a grupos sociais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Provocar e discutir a construção e uso de um processo metodológico, que apoie o desenvolvimento da dimensão educativa da prática assistencial do enfermeiro, num trabalho com indivíduos em grupo.

- Experienciar uma prática reflexivo-crítica sobre vida, saúde e doença, com indivíduos em grupo, a partir de concepções advindas de suas crenças, valores e experiências vividas.

3. TEORIZAÇÃO

Com a chegada da primavera o céu, o mar, as florestas e jardins se transformam. As flores desabrocham porque puderam resistir ao inverno e encantam multicolorindo nossos caminhos.

Também é assim a construção do conhecimento, precisamos encontrar meios de resistir ao inverno das intemperanças, envoltas em horas rodadas de informações que urgem em ser adquiridas, e uma vez adquiridas suscitam novos questionamentos envoltos em dúvidas para que um desabrochar de novos saberes se faça presente.

O conteúdo teórico que ora apresento decorre de um processo de construção que foi entrando em mim como semente que cai na terra e quando regada pela perseverança, vontade e necessidade de crescer torna-se madura, cada vez mais elaborada, semelhante aos pendões delicados e graciosos das flores em botões.

Contudo, esta primavera parece não ter fim, porque a cada novo saber outros surgem, como pendões que brotam da terra; assim, vamos nós neste caminho multicolorido, um jardim, ora em botões, ora em flores, resplandecendo-se em pétalas aveludadas, num perfume incomensurável, semelhante aos

conhecimentos que, colocados em prática, mostram resultados incontáveis como a beleza do céu, do mar e das florestas.

3.1 Evolução de Algumas Abordagens Pedagógicas

Para a construção desta revisão, tentei estruturar os conteúdos de forma ordenada e coerente com os objetivos deste trabalho.

Tendo como foco que as ações do enfermeiro desenvolvem-se em práticas educativas nas questões de vida, saúde e doença, dirigidas ao homem, em suas relações sociais, procurei discorrer sobre três aspectos básicos, quais sejam:

- evolução das abordagens pedagógicas, com ênfase na tendência problematizadora-dialógica, com o propósito de conhecer e compreender o pensamento vigente de diferentes épocas e identificar a influência destas nas atuais práticas educativas do enfermeiro;
- estruturação e dinâmica de pequenos grupos sociais, com o propósito de compreender os comportamentos do homem quando reunidos em seu contexto sócio-cultural;
- direção dos enfermeiros para a educação em saúde como prática do processo de trabalho, com o propósito de buscar sua valorização no campo de atuação profissional.

A opção deste desenvolvimento teórico provém da reflexão sobre meu presente, passado e futuro. Entendo que saberei viver melhor enquanto pessoa e

profissional, se as concepções que tenho hoje, advindas do saber científico e das experiências pessoais, fizerem parte dos planos para o meu futuro.

Antes, contudo, de desenhar uma perspectiva para o futuro, que, neste trabalho, significa uma proposta metodológica alternativa para a educação em saúde, faço uma retrospectiva de algumas abordagens pedagógicas, iniciando pela Escola Tradicional destinada a promover o desenvolvimento, sem preocupar-se com o crescimento moral e intelectual do indivíduo. Para SAVIANI (1989) esta concepção e prática educacional persiste no tempo, sob diversas formas, e se serve de referência para a evolução das outras abordagens.

Com a mesma concepção de base, a Escola Tradicional (MIZUKAMI, 1986); Pedagogia de Transmissão (BORDENAVE, 1989); Educação com ênfase nos conteúdos pelo Ministério da Saúde (1989) e Pedagogia Tradicional (SAVIANI, 1989). Têm como propósito educacional:

- a) ensino centrado no professor, detentor da autoridade moral e intelectual, que transmite o acervo cultural aos alunos;
- b) aluno receptor passivo de informações e idéias, sem atitudes críticas, porque é condicionado a criar o hábito de anotar e memorizar, individualmente, as informações passadas pelo professor;
- c) escolas organizadas em classes, onde a valorização das lições e o uso do raciocínio, se fazem de forma disciplinada, dentro de um ambiente austero, evitando que o aluno se distraia, mantendo-o distante, afastado do professor;

- d) o objetivo educacional é de caráter dedutivo, direcionado aos valores sociais vigentes, ao individualismo e à falta de participação e colaboração, colocando posteriormente o indivíduo em choque com a realidade exterior;
- e) a avaliação visa a quantidade e exatidão na reprodução do conteúdo comunicado em sala de aula, assim o conhecimento provém essencialmente do meio.

Dada a sua característica de impedir a crítica e a reflexão por parte dos alunos, esta abordagem pedagógica não coincide com as aspirações de um desenvolvimento social, das pessoas e grupos que possibilite o pleno crescimento cultural e intelectual do ser humano.

Embora as concepções desta abordagem ainda façam parte do cotidiano das escolas, a Pedagogia Tradicional, dita como a causa da marginalidade, vem recebendo críticas, tais como: nem todos entram na escola, e, dos que ingressam, nem todos são bem sucedidos e destes, os bem sucedidos, nem todos se ajustam ao tipo de sociedade que se queira consolidar (SAVIANI, 1989).

Esta abordagem do século passado não contribuiu para uma sociedade mais justa e democrática, até porque nela, o sistema educacional persiste na autocracia e discriminação, onde o homem tem seu valor pela sua capacidade detentora de saberes e do uso que faz em seu benefício pessoal.

Na enfermagem que se insere neste contexto não fugimos à regra. Somos co-partícipes social, político e cultural das conjunturas vigentes, até porque a educação em saúde, que vem surgindo lentamente no cenário das práticas

educativas do enfermeiro, traz em seu bojo a forte tendência da pedagogia tradicional, ou seja, centrada em prestar informações, nem sempre coerentes às necessidades das pessoas e/ou grupos e utilizando uma metodologia austera, verticalizada, onde o técnico fala e os outros ouvem, tornando-se desinteressante e pouco criativa.

Outra abordagem com poucos efeitos sociais é encontrada na Escola Comportamentalista, assim chamada por MIZUKAMI (1986); ou Pedagogia do Condicionamento, como a trata BORDENAVE (1989); ou ainda, Educação com ênfase nos efeitos, denominação utilizada pelo Ministério da Saúde (1989) e, Pedagogia Tecnicista, segundo SAVIANI (1989). No consenso destes autores, essa abordagem enfatiza os resultados comportamentais advindos de estímulos e recompensas, capazes de condicionar o aluno a emitir respostas desejadas pelo professor. A origem é empirista, porque o conhecimento é o resultado direto da experiência, assim os positivistas defensores desta abordagem, vêem a educação como forma de induzir, persuadir as pessoas a adotarem determinadas formas de pensar, sentir e atuar. Só assim, pensam os defensores dessa tendência, será possível aumentar a produtividade e elevar o nível e hábito de vida.

Segundo MIZUKAMI(1986), um grande defensor do comportamentalismo foi SKINNER, ao fazer uma correlação direta entre ambiente social e cultura, entendida por ele, como espaço experimental utilizado no estudo do comportamento. Este estudo culmina numa cultura bem planejada, onde as pessoas e grupos se comportam de acordo com procedimentos que mantêm a cultura, capacitando seus integrantes a enfrentar as emergências, modificando-as

de modo a realizar seus feitos com mais eficiência no futuro. Com esse comportamento, o indivíduo tem seu papel como ser passivo e que responde ao que lhe é esperado.

O ensino para os comportamentalistas é composto por padrões transmitidos através de comportamentos éticos, práticas sociais e habilidades consideradas básicas para a manipulação e controle do ambiente social (SAVIANI, 1989).

Comparando as características da Escola Tradicional e da Comportamental, percebe-se que ambas não problematizam a realidade, não é permitido ao aluno análises críticas de fenômenos, tendendo ao individualismo, competitividade e falta de criatividade. O que importa é o produto obtido, através do diretivismo e decisões tomadas para o aluno.

Se na Escola Tradicional a iniciativa cabia ao professor, na Comportamental passa para a organização, cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialistas, supostamente habilitados, neutros, objetivos e imparciais (BORDENAVE, 1989).

Antes de passar para a citação de outras abordagens educacionais, pretendo associar essas referências ao ensino e a prática de enfermagem, posto que somos, nós enfermeiros, realmente frutos do meio em que vivemos, uma vez que as influências das concepções até agora descritas refletem diretamente comportamentos ainda hoje vigentes, na maioria de nossas propostas de educação formal de enfermagem. Explicando: a Escola Tradicional e a Comportamental, com suas características predominantemente centradas nas idéias de

racionalidade, estão vivas a plena porta do século XXI. O professor, detentor de saberes, transmite informações aos alunos, que passivamente os repetem e memorizam. Como recompensa são julgados pela sua competência em repetir tarefas dentro de moldes pré-fixados, comportando-se de acordo com procedimentos, perpetuando padrões culturais, julgados socialmente como corretos e eficientes.

Revestidos desta robotização, o homem sem reflexão, sem crítica, sem originalidade e sem criatividade, tende ao conformismo e a dependência de um pensamento dominante, que nem sempre corresponde aos reais anseios do ser humano.

Comentários sobre isto, no cotidiano da Enfermagem são citados por ALMEIDA (1986) e KURCGANT (1991): os instrumentos e técnicas de Enfermagem, como foram concebidos nas primeiras décadas deste século, com a atenção voltada não para o doente, mas para o procedimento a ser executado, possibilitou uma visão fragmentada do homem, reduzindo-o a partes afetadas por agravos à sua saúde num sentido reducionista, tecnicista e desumano.

Este modelo, chamado funcionalista, perdurou nas primeiras décadas deste século nos EUA, mas foi absorvido e ainda se faz presente na enfermagem brasileira. O foco da atenção de Enfermagem, nesta modalidade, são as tarefas e procedimentos. Há divisão de trabalho entre a equipe de enfermagem, com ênfase ao cuidado do paciente, com o propósito de economia de tempo e de maior presteza na execução do serviço. Assim sendo, o trabalho resulta num tipo de produção em massa, sendo que a identidade do paciente se perde na listagem de

obrigações a serem cumpridas. As tarefas são designadas de acordo com sua complexidade e com o nível de competência do pessoal.

Este modelo de atividade profissional, como reflexo da educação tradicional, está dentro do que SAVIANI (1989) considera teorias educacionais não críticas, de caráter mecanicista, não dialético, a-histórico, cujo impacto social não minimizou os problemas sociais. Contudo, vêm surgindo recentemente adesões ainda que esparsas às teorias educacionais críticas que postulam não ser mais possível compreender a educação (bem como outras práticas sociais) senão a partir de seus condicionantes sociais.

Partidário do interacionismo com o meio, MIZUKAMI (1986) escreve que Jean Piaget representa a abordagem cognitiva, que estuda cientificamente a aprendizagem como sendo mais que um produto do ambiente, das emoções, das pessoas, de fatores que são externos ao aluno. A aprendizagem se constitui uma interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo e com o mundo das relações sociais.

Esta abordagem representa o pensamento básico da Teoria Construtivista que BECKER (1992, p.8) esclarece: “conhecer é transformar o objeto e transformar a si mesmo(...) o sujeito constrói seu conhecimento na interação com o meio físico e social”.

Se, na concepção de Skinner, os membros de um grupo se comportam de acordo com procedimentos que mantêm a cultura, a visão construtivista procura “conhecer o aluno como uma síntese individual da interação desse sujeito com seu meio cultural” e propõe dois tipos de ação: assimiladora, onde ele produz

transformações no mundo objetivo e a dimensão acomodadora produz transformações em si mesmo” (BECKER, 1992, p.14).

“O essencial desta visão de mundo é a sua radical historicidade, isto é, a consciência da grandeza e da miséria do conhecimento humano: sua capacidade de atingir o ser e, simultaneamente, a imediata consciência de que o ser é sempre mais do que se atingiu. O movimento que leva a essas contínuas superações faz parte da essência do mundo e da própria visão de mundo” (BECKER, 1992, p.14). Evoluindo nesta concepção interacionista, marcadamente reflexiva, movimentos brasileiros de educadores defendem um maior inter-relacionamento entre professor-aluno-sociedade, o desenvolvimento de capacidades intelectuais e consciência social.

Dentre estes pensadores contemporâneos está FREIRE (1975, p. 86, 89, 93, 104) enfatizando a contribuição do educador brasileiro à sua sociedade, através de uma educação crítica e criticadora, passando de uma “transitividade ingênua à transitividade crítica... (que) dê lugar a uma estrutura mental capaz de resistir ao peso do ceticismo e de fazer frente aos movimentos de pânico quando soe a hora do desaparecimento de muitos dos nossos hábitos mentais... possibilitando ao homem a discussão corajosa de sua problemática... uma tentativa de constante mudança de atitude... desenvolvendo a impaciência, a vivacidade, a invenção e reinvidicação”.

A tônica preponderante na educação em narrar, citada por FREIRE (1983), somente enche os educandos de conteúdos de sua narração e tem como característica a sonoridade de palavras e não sua força transformadora. Como há

memorização e repetição tolhe-se a criatividade, nega-se a educação e o conhecimento como processo de busca.

Este caráter de ação social paternalista, referido pelo mesmo autor, onde o pensar autenticamente é perigoso, pois poderá provocar somente o confronto consigo mesmo e com a realidade, encontra oposição na educação humanista, cuja ação está na profunda crença no poder criador do homem e sua vocação ontológica de humanizar-se. Culminando numa ação libertadora pelo diálogo, numa oposição à consciência especializada, mecanicista e compartimentada, a abordagem pedagógica problematizadora cria, na ação e na reflexão, condições indispensáveis à construção de conhecimentos sobre o mundo para transformá-lo.

Esta educação humanista/problematizadora/libertadora tem relação dialogal como indispensável, porque quem educa também é educado, ambos sujeitos a um processo de crescimento conjunto, sem a autoridade aferida ao educador. “Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1983, p.79).

Esta concepção problematizadora, segundo FREIRE (1983), tem algumas características:

- Educador e educando são investigadores críticos em diálogo constante;
- Caráter autenticamente reflexivo em constante ato de desvelamento da realidade;
- Consciências inseridas criticamente na realidade;

- Educandos desafiadores e desalienados, numa visão de totalidade como seres no mundo e com o mundo;
- Reflexão autêntica das relações, em que consciência e mundo se dão simultaneamente;
- Ponto de apoio na criatividade como estímulo à reflexão e ação sobre a realidade;
- Ponto de partida no caráter histórico e da historicidade dos homens, ambas inconclusas, para conceber e realizar a prática problematizadora;
- Reforço das mudanças, enraizando-se num presente dinâmico e revolucionário, e
- Compromisso histórico de denúncia da realidade desumanizante e anunciar uma realidade em que os homens podem ser mais.

MIZUKAMI (1986) escreve em defesa desta concepção problematizadora como uma abordagem sócio-cultural onde os homens constroem uma consciência crítica e valores próprios, inseridos num contexto histórico e são sujeitos de sua própria educação.

“O homem chegará a ser sujeito, através da reflexão sobre seu ambiente concreto: quanto mais ele reflete sobre a realidade, sobre a sua própria situação concreta, mais se torna progressiva e gradualmente consciente, comprometido a intervir na realidade para mudá-la ... Será graças à consciência crítica que ele assumirá cada vez mais esse papel de sujeito, escolhendo e decidindo, libertando-se, enfim (MIZUKAMI, 1986, p.86, 87).

Coerente com este pensamento está BORDENAVE (1989), citando a Pedagogia da Problematização, interpretada metodologicamente por Charles Maguerez, que utiliza uma estratégia de ensino que parte das condições reais do

sujeito, estimulando-o a aplicar seus processos, de modo que avance em seus conhecimentos e em suas formas próprias de pensar e conhecer a realidade. Acredita que num mundo de mudanças rápidas, o importante não são conhecimentos, idéias, comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do indivíduo para detectar os problemas e buscar para eles soluções originais e criativas. Espera-se que esta estratégia tenha como consequência:

- Aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade;
- Desenvolvimento das habilidades intelectuais quanto a observar, analisar, avaliar, compreender e extrapolar;
- População conhecedora de sua própria realidade;
- Cooperação na busca de soluções e problemas comuns.

Esta abordagem problematizadora espera romper a fragmentação e descontextualização que ora se apresenta nas práticas educativas. Aqui é oportuno incluir que algumas dessas propostas de Educação em Saúde vêm sendo desenvolvidas por enfermeiros, num esforço intencional para a competência vinculada no compromisso sócio-político-cultural de transformação social.

A partir da problematização busca-se produzir uma transformação, cuja base do processo de construção do conhecimento seja a realidade das relações sociais, a concepção de mundo, as experiências, os valores, as crenças e necessidades dos partícipes. Nesta construção, o que se deseja é a emancipação do homem, através de habilidades adquiridas para a observação, compreensão, avaliação e demonstração de aptidões para criticar e recriar a realidade.

3.2. Dinâmicas em Grupos e Aprendizagem de Vida

A sábia natureza está sempre a nos ensinar; basta atentarmos a nossa volta e logo descobriremos, por exemplo, a necessidade vital das abelhas em agrupar-se a outras para a sua sobrevivência.

Aprendemos com elas o valor da sua parcela de trabalho com o coletivo, através da integração com vista a um propósito único: meticulosa perfeição de favos que armazenam o mel a ser socializado. Este resultado final vem do esforço do grupo.

Também nós, reunidos em diversos pequenos grupos, formamos nossos favos, espaços vitais dentro de uma grande colméia que é o universo social onde se desenvolve e envolve a existência do homem. O grupo, tal como uma colméia, é uma realidade da qual o indivíduo faz parte, ambos sujeitos a intempéries que, por muitas vezes, perturbam este espaço vital.

Dentre as intempéries sofridas pelo homem está a própria demanda criada pela sociedade civilizada que impõe situações que aprisionam e sufocam o ser humano contemporâneo; são pressões sociais que exigem conformidade de comportamento e de atitudes, redundando numa falsa uniformidade de percepções e de valores. Para escapar desta redoma, o homem busca sua salvação na adesão a grupos políticos, de lazer, religiosos como formas de canalizar suas aspirações mais legítimas. Contudo, aí também esbarra em obstáculos como tiranias, alienações, distâncias sociais, intolerâncias, diferenças, indiferenças e outros (MAILHOIT, 1991).

A solução de tal impasse, proposta por este mesmo autor, seria a conquista em cada um de sua autonomia pessoal integradas em um grupo, pela perfeita liberdade de expressão, no respeito ao outro num clima de altruísmo, solidariedade e fraternidade humana, em comunicação aberta, válida, criativa e adequada às situações.

É dentro deste contexto que busco aproximação com autores sobre dinâmica de grupos, colaboradores na caminhada de novos saberes, que vão ao encontro da metodologia proposta neste estudo: a construção de um referencial à prática assistencial do enfermeiro, num trabalho com indivíduos em grupo, na condição de trabalhadores.

Considerando, como dissemos anteriormente, que é necessidade vital do homem reunir-se em grupos, embora este também tenha agruras que impedem a realização do homem, as experimentações que se operam em grupos necessitam de um engajamento aos problemas sociais reais que se apresentam na vida, no sentido de identificar uma aproximação com a realidade tratada para, a seguir, tomar decisões que rumem a uma construção mais democrática da situação social vigente.

Embora esta colocação tenha inicialmente uma fisionomia de caráter simplista não é assim que ocorre na prática; ao contrário, há necessidade de muita reflexão e análise de diversos determinantes que implicam nos propósitos dos grupos, a fim de que aquilo que buscam seja alcançado.

Um destes determinantes é chamado por MAILHIOT (1991, p.52) como “estado de espírito do homem”, membro do grupo. A reciprocidade entre o

conteúdo mental do meio e a dependência dos desejos, das necessidades, das expectativas, das aspirações, das atitudes enquanto conteúdo ideal do homem, resultará em seus comportamentos. Assim a possibilidade de conquista de sua autonomia para a real integração em grupo dependerá dos vetores de comportamentos. Estes vetores são “as direções, as orientações dadas a um comportamento que constitui barreiras mais ou menos impermeáveis que dificultam a expressão de si”.

Um aspecto colaborador para o entendimento desta complexa rede de interação do homem e o social, segundo MAILHIOT citando Kurt Lewin (1991), está na aproximação com todas as ciências do social. Isto porque as relações inter-grupais devem estar em constante referência à sociedade onde os grupos se inserem e se manifestam, assim os reflexos e as atitudes estarão mais condizentes com o contexto sócio-cultural em que se inscrevem, facilitando o processo de interpretar cientificamente a magnitude e complexidade dos fenômenos de grupo.

Esta citação vem ao encontro de um outro determinante para que os propósitos do grupo sejam alcançados; trata-se de resgate humanista, vivido pela enfermagem contemporânea, através de práticas assistenciais que envolvam as ciências humanas e sociais numa disponibilidade sentida e pensada do enfermeiro em engajar-se na realidade dos indivíduos e implicar-se pessoalmente para que os propósitos sejam atingidos. Nas vivências educativas em grupo, este envolvimento genuíno e postura participante do enfermeiro objetiva a emancipação do homem rumo às suas realizações pessoais e sociais.

Isto também ocorre nas ações de educação e saúde a serem propostas às pessoas, porém a característica inalienável do homem de evoluir e existir enquanto grupo, não assegura suas condutas sociais e comportamentos em grupo.

No estudo dos fenômenos em grupo, MAILHOIT (1991) escreve que estas condutas sociais ou os comportamentos em grupo consistem em observar, identificar, definir e interpretar comportamentos que o ser humano adote ou não pelo fato de viver em sociedade, não sendo então a sua participação no grupo condição para que estes comportamentos apareçam.

Diante do exposto acredito que nós, enfermeiros, possamos contribuir com a perspectiva de Educação em Saúde em grupos para possíveis transformações de condutas sociais já adquiridas, em atitudes coletivas do homem que culminem, segundo Leininger, citada por GEORGE (1993, p.289), em “modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que dêem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis”.

Algumas especificações básicas favorecem o alcance de propósitos dos grupos, uma delas se refere ao fato de que “somente consideramos que uma coleção de pessoas é um grupo quando suas atividades se relacionam mutuamente, de uma forma sistemática, para um determinado fim” (GAHAGAN, 1976, p.126).

Este fim será atingido se forem respeitadas algumas características citadas por diversos estudiosos tais como: DAVIS (1973), ARGYLE (1976), GAHAGAN (1976), MAILHIOT (1991):

- ⇒ o tamanho de um grupo de trabalho gira ao redor de 5 a 7 pessoas;
- ⇒ as metas serão atingidas na medida em que as metas de seus membros individuais coincidem com a do grupo a que pertencem;
- ⇒ a especificidade dos objetivos exerce uma influência adicional no modo de funcionamento do grupo;
- ⇒ as relações devem ser suficientemente harmônicas e os resultados pessoais suficientemente elevados para que os membros não abandonem o grupo;
- ⇒ os movimentos dos membros do grupo em direção à meta devem ocorrer de modo coordenado;
- ⇒ todos devem estar de acordo em participar do grupo e com vontade de aprender a comunicar de modo autêntico, bem como haver autenticidade nas comunicações;
- ⇒ os membros de um grupo terão muito mais em comum, se descobrirem convergências para compartilhar com percepção e julgamento, comunicação e interação, atitudes e crenças, embora deva haver certo grau inovador para que o grupo se desenvolva e se mantenha atualizado.

Para MAILHIOT (1991,p.81), citando Kurt Lewin, serão os pequenos grupos as únicas totalidades dinâmicas acessíveis à observação e conseqüentemente à experimentação científica. Esta “célula social bruta” em comunicação aberta, confiante, adequada e de igualdade, permitirá que máscaras vão caindo e despojando-se de personagens que a sociedade obriga a representar na vida real. “O diálogo não é um dom inato, mas uma atitude adquirida por

aprendizagem”, e caminho para a socialização quando o homem deixar de ser egocêntrico e atingir o altruísmo.

Nesta relevância de autenticidade do homem, o trabalho em pequenos grupos também aumenta a produtividade, chamada por DAVIS (1973,p.44) de produção de redundância; “se um problema exige que todos trabalhem na mesma coisa e, se a produção individual é até certo ponto falha, o trabalho de muitas pessoas, através da duplicação, permite uma verificação da qualidade do produto do grupo” porque os esforços individuais são “organizados e estruturados, para que se obtenha o máximo de vantagens potenciais dos recursos coletivos”.

Se cada pessoa reage de forma diferente numa situação social, haverá conjuntos das decisões individuais como produto do grupo, embora a opinião ou solução de um participante possa se modificar em consequência das discussões, não existe uma combinação final porque se perderia a contribuição individual. Sendo assim, em grupos de Educação em Saúde como os deste estudo, o trabalho do enfermeiro reside em explorar e analisar continuamente o produto do grupo, buscando associações mútuas às soluções do problema em questão, considerando a dinâmica dos fatos e a dinâmica de valores que são percebidos em cada situação.

As decisões a serem tomadas pelo sujeito no grupo estão na “dependência da liberdade de movimento, do clima social que prevalece no grupo, do clima cultural no qual ele vive, na dinâmica da situação social na qual se encontra implicado, da estrutura do momento histórico da qual participa junto com as pessoas que o rodeiam”.(MAILHIOT, 1991, p.56)

GAHAGAN (1976), e MAILHIOT(1991) estabelecem um perfil de líder para a eficácia do grupo, tendo em vista as aspirações em relação às decisões a serem tomadas. Partem do princípio de que um líder é um agente de formação nos esforços, aspirações e motivações dos participantes para crescer e aperfeiçoar-se, facilitando revisões críticas do contexto, criando um clima de confiança total entre os participantes como prática de liberdade de expressão.

Algumas outras características de líder, segundo os referidos autores, são:

- ⇒ esclarece os objetivos, conduzindo-os a metas bem definidas;
- ⇒ favorece e assegura o crescimento através da criatividade e interação;
- ⇒ mantém uma postura ativa, atento a cada tarefa e membro do grupo;
- ⇒ direciona as discussões dentro de uma coesão e integração de possibilidades de cada um;
- ⇒ assume a coordenação e realiza a unidade do grupo em função das metas;
- ⇒ estabelece tarefas coerentes com a capacidade do grupo para realizá-las;
- ⇒ assume e divide responsabilidades;
- ⇒ assegura que cada membro esteja de acordo em profundidade sobre o que vai se discutir, decidir e executar juntos.

A presença de um líder reconhecido pode acelerar o processo pelo qual os indivíduos, num grupo, aprendem a coordenar seu comportamento com o dos outros.

Como os autores jamais falam apenas de si mesmos, uma vez que falam de situações vivenciais e nessa fala trazem expressões das vozes de outros autores, estes de outros e assim por diante, fiz aqui um recorte de expressões que

considerarei significativas para este trabalho. Como num filme que retrata o passado, busquei coerência, realidade e inspiração para a abordagem metodológica à prática educativa de grupos que desenvolvi neste presente estudo, o qual se compromete com a discussão de temas emergenciais nos grupos, buscando um esforço de produção de leituras de um outro conhecimento, a partir da perspectiva de aliança entre saberes técnicos e populares.

3.3 Enfermeiro: Autor e Ator de Estratégias Cênicas na Educação em Saúde

Uma peça de teatro ocorre dentro de um contexto e dentro de um espaço de tempo; assim também é o sistema de saúde, que é único e singular num determinado momento, tendo sua história e existência dentro de um certo contexto cultural- político- social

Dentre os protagonistas deste cenário está o enfermeiro, por força de determinações, atuando circunscritamente nos mecanismos pelos quais a doença opera e não no intuito de representar um papel ampliado de promoção e prevenção dos agravos à saúde do homem.

A visão centrada no mecanicismo e no reducionismo da natureza humana não tem contribuído para a qualidade da saúde das pessoas e dos grupos. Ir além deste paradigma, buscando uma alternativa na concepção holística em saúde, vem sendo o grande desafio de muitos destes protagonistas no grande cenário nacional do sistema de saúde.

Uma das questões, que permeiam os entraves vividos pelos autores e atores deste espaço cênico, reside na forma como são construídas as ações profissionais de saúde com os indivíduos, usuários dos Serviços.

A atual tendência que encaminha a construção destas novas formas, corresponde a propostas com roteiros alternativos ao “script” desenvolvido convencionalmente nos Serviços de Saúde; são metodologias inovadoras experienciadas esparsamente por alguns profissionais, em atividade deliberada, no intuito de polemizar à sua prática. Tais experiências, em geral, estão voltadas para a inclusão da perspectiva das ciências sociais e humanas, dando sentido holístico ao cuidado, sobretudo reconhecendo no homem sua constante interação com o seu ambiente social e cultural.

Visualizando este contexto e colocando-me ao lado daqueles que estão propondo uma alternativa metodológica para a prática do enfermeiro na educação em saúde para grupos, este estudo da prática se fez através da Pedagogia da Problematização, como mais uma possibilidade de compreensão da articulação entre educação e saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Segundo SAVIANI (1992, p.15), “o homem não se faz homem naturalmente; ele não nasce sabendo ser homem... ele não nasce sabendo sentir, pensar, avaliar, agir... É preciso aprender, o que implica o trabalho educativo.” A matéria-prima para esta elaboração do saber está no âmbito do desenvolvimento de situações concretas vividas pelo homem, na produção de suas idéias, conceitos, valores, símbolos, hábitos, atitudes e habilidades. Neste aspecto, a educação é um processo de trabalho que produz, direta e intencionalmente, em

cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens .

O homem como ser social, capaz de tomar consciência de si mesmo e do mundo que o cerca, tem na educação em saúde um instrumento histórico-político-cultural, para transformar suas relações sociais, desde que este saber não se traduza na transmissão de discursos acríticos, estes que têm se mostrado como uma composição marcante em algumas abordagens pedagógicas, na evolução de processos educativos.

Romper com este processo de caráter normativo, necessita de práticas educativas mais reflexivas, coerentes com as situações concretas advindas da história, da cultura e vivências do próprio homem. Ao enfermeiro resta, a partir de uma auto-determinação, valorizar esta ruptura, canalizando-a para a construção de novas formas de ação, diante da produção de conhecimentos, sintonizados com a realidade apresentada pelo cotidiano da prática profissional junto aos indivíduos nos Serviços de Saúde.

Conforme consideração de SILVA e col. (1992), neste exercício de autonomia, a emancipação do homem se dará através da educação como um processo de contínuo movimento de percepção, reflexão e ação.

Sendo assim, o pensar torna-se um exercício de produção, tendo a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação realizada e, a seguir, a reflexão partilhada das ações realizadas; como tal, o homem educa e é educado porque é autor e ator na situação vivida, no contexto das relações sociais.

Neste processo crítico-reflexivo, a educação em saúde passou a significar um importante espaço na redefinição e conquista da cidadania, um espaço de “mão-dupla”, onde por um lado, a população se instrumentaliza para fazer valer seus direitos, ampliá-los, garantir-se como sujeito histórico e desenvolver sua autonomia. Por outro lado, a assistência à saúde e especificamente de enfermagem, utilizando-se das próprias contradições do modelo assistencial, busca romper com o autoritarismo e assistencialismo de suas práticas e efetivar a historicamente negada aliança com as classes populares (GONZAGA, 1992, p.117).

Entretanto, no modelo assistencial vigente as práticas de educação em saúde persistem com bases muito fortes em abordagens tradicionais e tecnicistas de ensino, onde a informação transmitida transforma-se em tarefas padronizadas de forma rotineira e acrítica, como reflexo de uma formação ainda dentro de raízes do pensamento positivista-funcionalista.

Tais práticas vêm sendo modificadas, através de abordagens mais críticas tais como da OPAS/OMS (1993) no Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos no Brasil ou ainda intencionalmente por alguns enfermeiros como CAMPEDELLI et al. (1989), PATRICIO (1991), GONZAGA (1992), MADUREIRA (1994), SOPRANO (1995) e outros.

Este trabalho também direciona-se para esta intencionalidade, na forma de facilitar o emergir de uma consciência reflexiva sobre questões de saúde/doença, através de práticas educativas que resgatem crenças, valores e experiências pessoais de vida, mobilizadas nos trabalhos de saúde, em grupos. Este projeto emancipatório teve como orientação o pensamento crítico, ocorrido dentro de uma realidade instrumentada para a promoção do homem na sua capacidade de romper com verdades absolutas, impeditivas ao avanço do homem em suas relações sociais.

Em nenhum momento desconsiderou-se a ciência elaborada, o avanço civilizatório, mas o refletir sobre verdades estabelecidas e colocá-las à prova, no sentido de dar novas direções ao pensamento e realizações do homem, e, ao enfermeiro novos encaminhamentos às práticas de dimensões educativas.

Afinal, quando se toma a realidade como ponto de referência nas práticas metodológicas de ensino em saúde, o significado do fazer prático tem novos rumos, os mais inesperados pelo poder criativo, possibilitando projetos de transformação das condições da sociedade.

A educação em saúde à luz de realidades cotidianas das pessoas, desenvolve habilidades produtivas para a compreensão, interpretação e expressão de questões sobre saúde/doença, demonstradas através de manifestações mais ativas, construções de significados mais conscientes e deliberados sobre a sociedade em que se vive.

Um dos grandes desafios para respostas qualitativas, no processo de trabalho do enfermeiro na Educação em Saúde está na quase imperativa fusão de concepções tradicionais com outras inovadoras, colocando as pessoas e os grupos como protagonistas centrais da elaboração de novos conhecimentos, para a recuperação ou manutenção de sua saúde.

Metodologias mais dinâmicas e criativas criam oportunidades concretas nos projetos de emancipação social do homem. Contudo, estas precisam traduzir a realidade contemporânea com amplitude, densidade e profundidade, buscando uma sintonia com os acontecimentos onde há inserção do homem.

Não há como isto acontecer se não houver por parte do enfermeiro disponibilidade engajada, sentida e pensada, numa atitude de disposição com vistas a um propósito; ausência de apriorismos ou pré-julgamentos diante de pessoas e situações e a mutualidade no encontro com os grupos, buscando a genuína configuração vincular que HOLANDA (1995) coloca com propriedade: cada ser tem a sua essência construída à custa do seu ser-com no mundo, portanto cada homem não é simplesmente um ser em si mesmo, mas um ser cuja presença mostra toda expressão da sua relação com o mundo.

4. CONSTRUINDO UM MARCO CONCEITUAL

Segundo SOUZA (1984, p.288) os marcos conceituais “nascem a partir de observações e de “insights” intuitivos ou de deduções criativas advindas de vários campos de investigação. Eles nos apresentam um modo peculiar de ver os fenômenos, influenciando nossas percepções dos mesmos”. A mesma autora, citando Fawcett, trata da utilidade do marco conceitual na “organização que ele oferece para a reflexão, observação e interpretação do que é visto. Facilita a comunicação entre os profissionais e fornece uma abordagem mais unificada para a prática, educação, administração e pesquisa”.

“Marco conceitual é uma descrição de um grupo de idéias sobre o mundo para o qual se é responsável (...) Serve como um guia para as decisões de um programa e para as avaliações sistemáticas das decisões quando postas em prática” (WRIGHT, 1987, p.198, 199).

Outro autor diz ainda que: “Marco conceitual é uma fronteira, limite daquilo que se pretende desenvolver ... Deve ser concebido como abstração daquilo que entendemos como necessário à consecução de metas e propósitos tangíveis ao profissional, no âmbito da prática da enfermagem” (CARVALHO & CASTRO, 1985, p.79).

A partir destas definições, entendo marco conceitual, neste trabalho, como uma construção por organização de percepções, advindas de conhecimentos e experiências pessoais e profissionais, o que compõe um conjunto de crenças e referências a novas práticas.

Essa construção culminou num desenho elaborado, o qual contribui para a análise crítica de outras realidades, a elaboração de metas a serem atingidas, a execução e avaliação de ações e condutas a serem tomadas na evolução da prática profissional.

Associando idéias desses autores e mais aquelas da minha vivência profissional, decidi por elaborar meu marco conceitual, a partir dos seguintes questionamentos:

- *A assistência de enfermagem é dirigida a quem?*
- *Onde ela se dá?*
- *Qual o propósito desta assistência?*
- *De que forma ela é operacionalizada?*
- *Quem a realiza?*

O encadeamento de respostas a estas questões, inter-relaciona-se, configurando o meu marco conceitual. Início com a resposta ao primeiro questionamento ou seja: *a quem se dirige a assistência de enfermagem? A assistência de enfermagem é dirigida ao HOMEM como um ser total, com dimensões biológicas, sociais, culturais, econômicas, políticas e espirituais, um ser no mundo com o mundo, ao lado de outros seres humanos formando espaços vitais (grupos) em constante inter-relação.*

O homem, na sua relação com o ambiente social, interioriza o mundo como realidade concreta e o exterioriza em seus comportamentos; esta relação obedece a dialética de que a percepção do mundo se faz de acordo com o que foi interiorizado, e a exteriorização do sujeito no mundo se faz conforme sua percepção das coisas existentes (LANE; CODO, 1986). Estas percepções advindas dos órgãos dos sentidos, intuição e sensibilidade proporcionam a tomada de consciência de si mesmo e do mundo que o cerca; afinal, decorre da capacidade reflexiva e de abstração, característica do homem e o que o diferencia de outros seres.

Neste sentido VIETTA (1986, p.136) escreve que o homem é “afetado profundamente pelas condições em que vive, mas capaz de se fazer a si mesmo, através de escolhas esclarecidas, relacionando-se ativamente com o mundo, transformando a natureza, os outros homens e a si mesmo.”

Esta unidade só será possível pelo dom da inteligência, que possibilita ao homem tomar posição pessoal ante o mundo, contudo, posicionar-se diante do que lhe cerca exprime a socialidade, as relações que estabelece com os grupos onde se insere BULHER (1987).

É o que DAVIS (1973, p.49) escreve sobre grupos: “A reunião de pequeno número de pessoas é acontecimento bem comum em nossa cultura, e tais grupos constituem, talvez, o centro da maior parte da vida social”; assim, todos os aspectos da vida estão intimamente relacionados com a história pessoal do homem e suas relações. Este caráter histórico-social compõe os pensamentos,

sentimentos, emoções, ações e experiências pessoais, interiorizando valores e crenças próprias de uma cultura.

O homem é também um ser produtivo, “sendo que, através do trabalho, aprende e se apropria da realidade” (SILVA e col., 1992, p.55).

Dentro deste raciocínio, KUENZER (1985) escreve que os homens em seu trabalho apreendem, compreendem e transformam as circunstâncias ao mesmo tempo que são transformados por elas. O processo de produção é social e historicamente determinado, sendo resultado das múltiplas relações sociais que os homens estabelecem na sua prática produtiva.

Nessa perspectiva é que me apoio para situar este estudo da prática assistencial, nesta proposta de Educação em Saúde. Concebo que a assistência de enfermagem se dirige a seres humanos com essa dotação, reunidos em grupos por proximidade e tipificação de determinadas atividades sociais.

Estas concepções anteriormente colocadas respondem, em parte, a um outro questionamento: *onde se dá a assistência de enfermagem?*

As ações de enfermagem ocorrem nas práticas sociais com o homem no mundo e com outros homens.

Estas práticas estão inseridas na sociedade que, para LEININGER (1985, p.261), tem relação íntima com o conceito de cultura, definida como: “valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas”. Entendo crença como convicção íntima, uma adesão mental a uma proposição, objetivamente insuficiente, mas

que, subjetivamente, impõe grande evidência. Entendo que grupos particulares são aqueles com determinadas atividades sociais comuns; enquanto formas padronizadas são entendidas como referências comuns às ações dos membros de determinados grupos.

A natureza social do homem condiciona-o a se reunir em grupos sociais, com necessidades de atuar com bases próprias e a partir de suas próprias raízes. Às vezes, esta convivência pode gerar conflitos decorrentes de normas, leis, valores, que individualmente não correspondem aos desejos e às necessidades do homem.

Valores, neste contexto, significam “forças difundidas e profundamente enraizadas que guiam os pensamentos, as decisões e ações das pessoas, variando marcadamente em função de um homem ou outro, dentro de uma mesma cultura e com tendência a se modificar durante os estágios de seu desenvolvimento” (PATRÍCIO, 1991, p.69).

Tais considerações levam-me a registrar que padrões de vida, criados socialmente, direcionam os homens, que nem sempre podem escolher individual e conscientemente o que desejam e necessitam para serem felizes, porque os grupos nos quais convivem os homens, podem tolher as manifestações de originalidade de um indivíduo, ou fornecer-lhes, ao contrário, um ambiente tão estimulante que concorra para promover e fortalecer a sua criatividade. A filiação a um grupo pode resultar, igualmente, na mudança de concepção sobre si mesmo ou sobre os outros. E todos nós fazemos parte de grupos, embora muitas vezes

não tenhamos consciência dos processos que ocorrem no interior deles (GAHAGAN, 1976).

Grupos, dentro das concepções até aqui descritas e, segundo DAVIS (1973): são um conjunto de sistemas comportamentais interdependentes que não apenas exercem influência mútua, mas também respondem a influências externas. A idéia básica das pessoas se reunirem em grupo é a busca coletiva de determinados objetivos, onde a probabilidade de atingí-los é maior e freqüentemente chegam mais cedo a uma resposta /decisão ou a um critério de aprendizagem. :

Considerando que as ações do enfermeiro, neste trabalho, foram dirigidas a indivíduos reunidos em grupos e a partir de suas relações sociais, referenciadas em crenças, valores e experiências vividas, tomo de empréstimo a definição de grupo de MADUREIRA (1994,p.23), a qual reúne as características de um grupo, como o entendo “um encontro de seres humanos que desenvolvem entre si uma relação de confiança mútua, afeto e solidariedade, interessam-se pelos problemas, pelos sentimentos e pela história de cada um e de todos, compartilham vivências e saberes, aprendem uns com os outros e buscam expressar o aprendizado exercitando sua cidadania na re-criação cotidiana da arte de viver”.

O próximo questionamento, sobre: *os propósitos da enfermagem*, está aqui colocado no sentido de facilitar a construção de uma consciência crítico-reflexiva a grupos sociais sobre vida, saúde e doença, através de práticas educativas do enfermeiro, que resgatem crenças, valores e experiências pessoais do homem.

Para esta construção, considero saúde com significações próprias para cada homem ; íntima relação do homem consigo mesmo ; o momento histórico presente do grupo ao qual o homem pertence e o espaço sócio-político-cultural que ocupa.

Esta forma contemporânea de definir saúde é uma possibilidade de visualizar todos os aspectos inerentes à vida do homem, que direta ou indiretamente influenciam sua saúde, diferente do paradigma cartesiano centralizado em anormalidades biológicas, com imediatismos paliativos passíveis de identificação somente através de métodos e comprovações clínicas.

Neste sentido encontro base nas palavras de REMEN (1993, p.45) quando escreve que “mais e mais pessoas começam a considerar a saúde em termos dinâmicos, não como uma condição, mas como uma habilidade. As pessoas saudáveis parecem capazes de lidar criativamente com as mudanças físicas e psicológicas, com um mundo cada vez mais complicado e estressante, descobrindo nele uma percepção crescente de identidade pessoal, de significado e realização” .

LEININGER (1985, p.262) define saúde com esta coerência, ou seja: “significações e práticas próprias que o indivíduo tem, originadas de seu contexto sócio-cultural ...”

Ter saúde é o mesmo que estar bem consigo mesmo e com o mundo que o cerca. É inerente ao homem produtivo e consciente de sua capacidade em alterar comportamentos, que venham em seu benefício. Ter saúde é o mesmo que ter vida plena, definida por ROGERS (1991, p.167) “como processo do movimento

numa direção que o organismo humano seleciona, quando é interiormente livre para se mover em qualquer direção e as características gerais dessa direção escolhida revelam uma certa universalidade.”

Em relação a doença, minhas experiências e crenças, levam-me a acreditar que sua origem é predominantemente sócio-cultural, construída ou permitida pelos indivíduos, enquanto resposta corporal às agressões físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais.

O adoecer é uma experiência única para quem a vive. Não se define apenas na dimensão corporal. Vai além, corresponde a um penar solitário com o espírito; só pode ser sentida, não mensurada.

Independentemente de sua dimensão, a doença transforma o homem que a percebe como um alerta, um aviso para questionar padrões de hábitos, redirecionando-os através da necessidade sentida de fazer novas escolhas, estabelecer novos objetivos, priorizar mais o que precisa e deseja para ser feliz.

REMEN (1993, p.103) acrescenta nesta perspectiva, que através desta percepção, o homem terá na doença, uma interrupção de hábitos que oportunizarão questionamentos sobre determinados valores, prioridades e maneiras de ser. Os períodos de crise, como as doenças, são ricos em descobertas de compreensão, sabedoria e “insight” de maneira mais aberta. “A doença é considerada não somente uma mudança física, mas uma força que altera o ritmo e direção do processo individual”.

Outra abordagem interessante sobre doença vem de ILLICH (1975,p.136): “segundo a cultura em que provém, o sofrimento pode evocar o dever, a

separação, a oração, a lamentação, a piedade, a raiva ... contudo, a cultura estimula a capacidade individual para continuar a viver, com a presença ou a ameaça da dor”.

Dentro do que foi escrito, a partir de concepções próprias e de leituras de vários autores afins, é possível rever o pensamento sobre saúde e doença, e nele, considerar que a forma do indivíduo conduzi-lo tem correlação direta com seu modo de vida, a forma como direciona suas relações sociais, suas experiências pessoais de vida, sentimentos e emoções, crenças e valores próprios de sua cultura.

Nessa construção do Marco Conceitual ,cabem algumas considerações sobre *quem realiza a assistência de enfermagem*.

O enfermeiro realiza esta assistência de Enfermagem, como agente facilitador junto aos grupos, na intenção de possibilitar a construção de uma consciência crítico-reflexiva sobre o viver saudável e o adoecer do homem. Para tanto, o enfermeiro desenvolve práticas educativas que dão lugar a expressões de crenças, valores e experiências próprias dos indivíduos.

Sabidamente a assistência de Enfermagem é prestada por diversas categorias profissionais de enfermagem, no entanto para este trabalho ficará circunscrita ao enfermeiro.

ROGERS (1991), nas suas vivências terapêuticas profissionais, descreve uma relação muito íntima e estreita centrada no indivíduo, cujo propósito é buscar a vida plena. Resgatando suas experiências, compreendo que há uma estreita relação de seus propósitos com os interesses das práticas educativas do

enfermeiro em grupos, a considerar a minha própria prática profissional, nesta discussão.

Desta forma a possibilidade de trazer à tona a consciência crítico-reflexiva, advém da descoberta pelo indivíduo de sentimentos e atitudes que foram silenciadas ou omitidas impedindo de torná-lo consciente; de ouvir-se a si mesmo, experimentando o que se passa consigo; de despertar uma confiança crescente no seu organismo como meio de alcançar um comportamento cada vez mais satisfatório em todas as situações existenciais; de tornar-se livre e, voluntariamente, escolher o que quer; de tornar-se criativo, vivendo de maneira mais construtiva, numa grande harmonia com o meio cultural para conseguir a satisfação de suas necessidades.

A partir deste processo provocador na construção do pensamento crítico-reflexivo, “conhecer o homem é a dimensão maior para o cuidado de enfermagem, pois é para ele que o objeto de trabalho de enfermagem se destina, além do que, quanto mais se vier a conhecer a natureza humana maior a compreensão que se terá de cultura e conseqüente cuidado” (PATRÍCIO, 1991, p.63) *.

Diante desta colocação, entendo que o enfermeiro, colocando profissionalmente um caráter humanista, de prevenção e promoção à saúde, ensina e aprende a partir da visão crítica da realidade encontrada, tendo o homem como partícipe ativo deste processo, e mais, uma prática educativa dessa

* As linhas sublinhadas são valorizações pessoais.

natureza, só será levada a efeito se forem analisadas a cultura e práticas próprias de cuidado que o indivíduo possua.

Este trabalho quer se comprometer com a dimensão educativa, como parte desse conhecer o homem, que PATRÍCIO (1991) entende como dimensão maior para o cuidado na prática assistencial de enfermagem. A abordagem em grupos de pessoas está assentada na consideração de valores culturais e práticas no contexto saúde-doença.

Considerando que a dimensão educativa é um dos instrumentos da assistência do enfermeiro, neste trabalho, passo ao último questionamento para a elaboração do Marco Conceitual: *operacionalização da assistência do enfermeiro*.

No processo de enfermagem a educação em saúde, numa abordagem pedagógica humanista/contextualizadora, correspondeu a melhor forma de operacionalização para os propósitos deste estudo.

Conforme LESCURA & MAMEDE (1990), a educação em saúde objetiva despertar a consciência crítica da realidade, levando o homem a perceber a saúde como uma necessidade diretamente relacionada à qualidade de vida.

Esta realidade advém de crenças, valores e experiências vividas, próprias da cultura de um grupo, no intuito de despertar a capacidade intelectual dos homens reunidos para observar, analisar, avaliar, compreender, generalizar e abstrair sobre questões de saúde e doença, estimulando suas percepções pessoais e pensamentos sobre a realidade, procurando soluções originais e criativas para estas questões.

Dentro deste contexto de realidade e tendo como dimensão maior para o cuidado conhecer o homem, a instrumentalização da assistência do enfermeiro terá êxito se práticas educativas em saúde forem valorizadas no viver cotidiano destes homens, isto é, nas relações que se estabelecem pela força natural de sociabilidade: grupos de trabalho, grupos de lazer, famílias, etc.

Estes pequenos grupos têm saberes populares que, reunidos aos saberes técnico-científicos, proporcionam novos conhecimentos, melhores configurações vinculares e maior consciência para adesão às propostas de educação em saúde.

Para VASCONCELOS (1991, p.20) “quanto mais estudamos a realidade de vida da população mais percebemos como que o saber popular, antes de ser um saber atrasado, é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade”, assim cabe entender a educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular, em que cada um deles tem muita coisa a ensinar e a aprender conduz a uma situação tal em que, juntos, produzem um novo conhecer.

Portanto, compor um conceito que traduza o propósito da educação em saúde, pode ser que ainda fique a dever ao que tomo de empréstimo e foi elaborado por MADUREIRA (1994, p157):

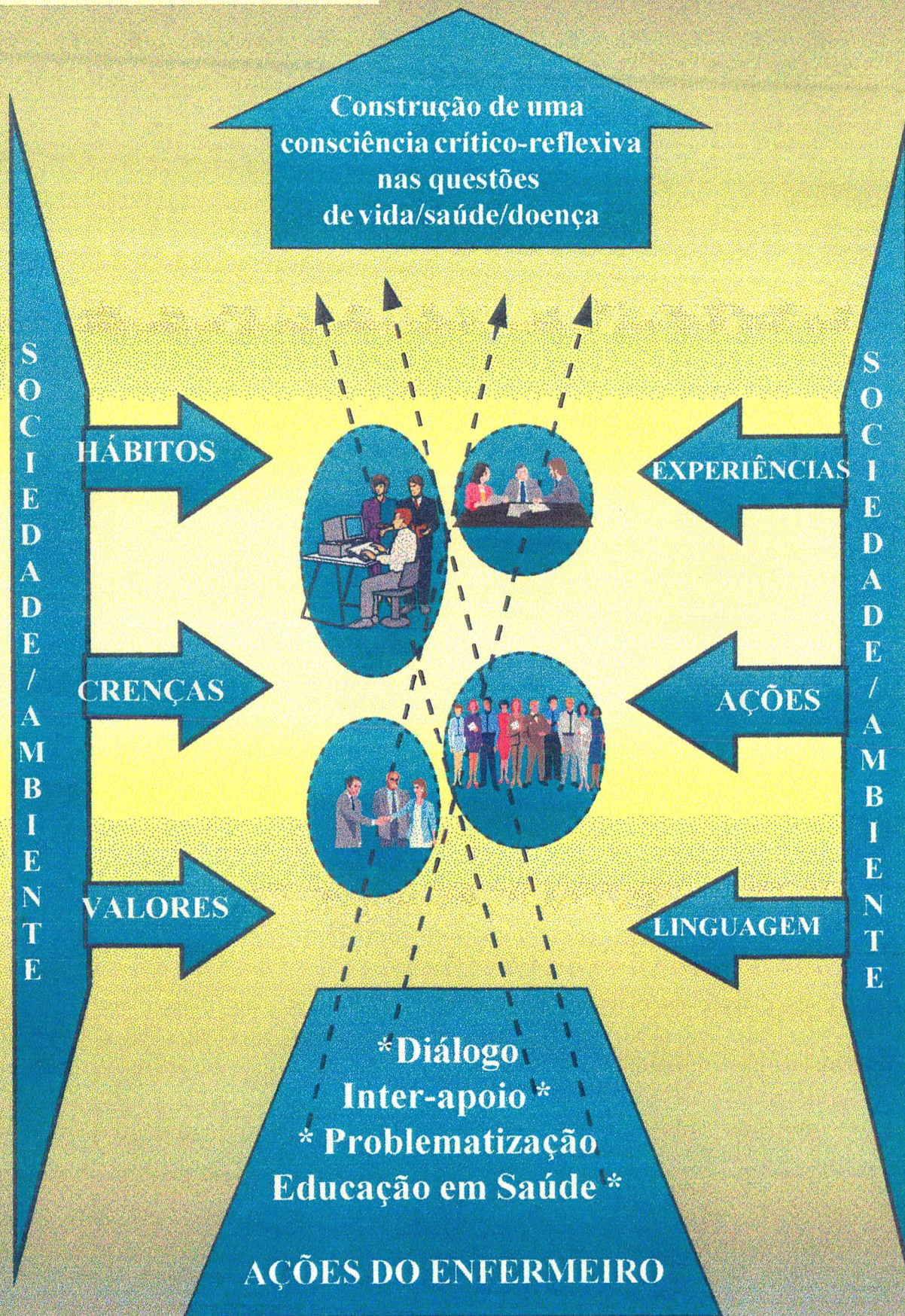
§

Um processo desenvolvido entre seres humanos que, em grupo e em diálogo, compartilham vivências, saberes e refletem sobre os mesmos, buscando compreender melhor seu ser/no/com o mundo, descobrir, inventar e criar novas possibilidades de enfrentamento às diversas situações envolvidas no exercício cotidiano da arte de viver, bem como transformar a si próprios e ao mundo no qual e com o qual são/estão.

Neste encadeamento de questionamentos e respostas, foi possível ir compondo um Marco Conceitual, este pode ser assim resumido:

A assistência do enfermeiro é dirigida aos homens reunidos em pequenos grupos que constroem sua história no âmbito das relações sociais. O propósito desta assistência é buscar, em conjunto, o inter-apoio e a construção de uma consciência crítico-reflexiva, e um pensar autêntico. Isto é conseguido através de práticas educativas em saúde, problematizadoras/dialógicas conduzidas a partir da realidade e do conhecer o homem, como dimensão maior do cuidado, propiciando, então, a reflexão sobre valores, crenças, experiências e ações próprias de cada homem no tocante, as suas questões de vida, saúde e doença, buscando uma saudável relação física, social e espiritual para/entre indivíduos e o meio.

Desenho Esquemático do Marco Conceitual



5. CONFIGURANDO CARACTERIZAÇÕES DO LOCAL DA EXPERIÊNCIA DE PRÁTICA ASSISTENCIAL

O local onde a experiência deste estudo aconteceu é um serviço de saúde, cujo programa se dirige aos funcionários de um Conglomerado Bancário Estadual, chamado Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), durante o período de março a junho de 1995.

Para melhor compreender o contexto, apresento algumas das características da Empresa e dos funcionários, colocando posteriormente o processo grupal do SESMT.

As informações coletadas foram obtidas através das aproximações que já possuía com o SESMT e de conversas informais com os enfermeiros. Antes de envolvê-los neste trabalho, solicitei-lhes que lessem o conteúdo descrito neste capítulo, com o propósito de verificar, se o mesmo apresentava algo que caracterizasse incompatibilidade com a realidade daquele Conglomerado.

Ao iniciar o expediente, o funcionário aguarda a chegada dos malotes com correspondências internas e externas do Banco, e lá pela metade da manhã a sua mesa está repleta de tarefas rotineiras, centradas em normas pré-estabelecidas em manuais e que devem ser cumpridas à risca para que não ocorram transgressões ao prescrito.

Ao final do expediente de suas atividades, o funcionário encerra suas obrigações, colocando o resultado de seu trabalho dentro dos malotes, que serão encaminhados de forma também normatizada. Se estava trabalhando com dinheiro, este irá para o cofre; sendo documentos, serão encaminhados para seus respectivos destinos pré-estabelecidos; informações a serem registradas, lançadas nos computadores, enfim tudo procedido tal qual esperado.

Essas normas, leis e memorandos determinam a conduta do profissional, tirando-lhe a criatividade das suas atividades. Qualquer alternativa que venha a alterar o funcionamento do sistema, o funcionário fica sujeito à sanções, tais como: anotações em ficha funcional, advertência oral ou escrita, inviabilidade de conseguir a promoção para outro cargo, etc.

Sendo o funcionário uma peça dentro de um sistema, deve representá-lo bem. Em troca, recebe seu salário e outros benefícios como: assistência médica, complementação de aposentadoria, associação desportiva, etc.

Visto que a Instituição Bancária em questão é estatal, a cada troca de governo estadual, a diretoria do banco é substituída, o que gera intranqüilidade, uma vez que podem ocorrer transferências, nem sempre desejadas entre os funcionários.

De modo geral, percebe-se que nas atividades dos bancários é mantida uma rotina, própria do modelo funcionalista, característica do Sistema Taylorista de Administração Científica. Do ponto de vista da saúde, as pessoas, diante de tal rotinização, possivelmente requerem não só serviços que lhes acompanhem com informações, como também busquem criar sujeitos que reflitam, compreendam os

determinantes de saúde e doença e se orientem na prevenção específica e promoção da saúde.

Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho

— SESMT —

O SESMT foi criado por determinação da Portaria 3214 de 1978, item 4.1., do Ministério do Trabalho (1995), em que diz que as empresas privadas e públicas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), manterão obrigatoriamente SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

A filosofia deste serviço, no Banco em questão, está descrita no Manual de Orientação, aprovado em maio de 1992, em que registra: a) “O SESMT desenvolve suas atividades de acordo com a legislação e em consonância com as normas internas da Empresa”. b) “Vê o trabalhador como um todo, no sentido bio-psico-social, ou seja, o indivíduo de forma integrada/inteira”.

Sobre a finalidade do Serviço, o Manual diz: “Preservar a saúde do trabalhador, desenvolvendo atividades preventivas e que promovam o seu bem estar”.

O SESMT é constituído por 4 setores: Medicina do Trabalho, onde a Enfermagem está incluída; Segurança do Trabalho; Serviço Social e Psicologia.

A equipe é composta por 2 Enfermeiros do Trabalho, 3 Médicos do Trabalho, 2 Médicos de outras especialidades, 3 Psicólogos, 4 Assistentes

Sociais, 1 Engenheiro de Segurança, 1 Auxiliar de Enfermagem e 4 Técnicos de Segurança.

A estrutura física do SESMT é a seguinte:

- 1 Sala de Recepção e de Espera.
- 1 Sala de Administração e Arquivos.
- 2 Consultórios de Enfermagem.
- 2 Consultórios Médicos.
- 4 Salas para Psicologia e Serviço Social.
- 1 Sala para Segurança do Trabalho.
- 1 Almoxarifado.
- 1 Sala de Computação
- Banheiros.

As atividades desempenhadas por estes profissionais são dirigidas entre os 13.500 funcionários de Curitiba, Região Metropolitana e interior do Estado do Paraná, sendo os Enfermeiros do Trabalho, responsáveis pelas seguintes atividades:

- a) Exames admissionais e periódicos de todos os bancários.
- b) Programa de prevenção da saúde do trabalhador, no seu ambiente de trabalho (palestras educativas).
- c) Exames preventivos de câncer ginecológico.
- d) Perícias ambientais.
- e) Emergências e acidentes de trabalho.
- f) Consultas de enfermagem eventuais.

Neste Programa de Prevenção, alínea b, estão envolvidas 39 Agências da Capital e Região Metropolitana e 14 Agências do Interior do Estado. Nestes locais os enfermeiros realizam consultas de Enfermagem, levantam as condições ambientais, atualizam os dados sobre as condições de saúde do grupo e realizam palestras educativas.

Segundo dados registrados no SESMT de 1993, numa amostra de 1800 indivíduos bancários que realizaram os exames periódicos: 40% apresentou algum tipo de problema emocional; 21,5% hiperlipidemias; 8% obesidades; 6,4% hipertensão arterial e o restante, causas diversas.

6. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Segundo TRENTINI e SILVA (1991, p. 3) “um marco conceitual objetiva descrever, classificar e relacionar fenômenos de uma forma organizada e coerente”, constituindo-se num referencial teórico que direciona e fundamenta a prática através do processo de enfermagem.

A direção e a fundamentação que ora apresento neste Processo de Enfermagem tem esta coerência. É o resultado da construção, por organização de conhecimentos e experiências, de um conjunto de ações às práticas educativas em saúde; uma trilha metodológica alternativa ao enfermeiro no papel de educador em saúde.

Entendo Processo de Enfermagem como parte do processo de trabalho do enfermeiro, onde são estruturadas e desenvolvidas as ações necessárias aos problemas de vida, saúde e doença do homem reunido em pequenos grupos, necessitando, para tal, de um método adequado para atingir objetivos, através do domínio de criatividade, técnicas e procedimentos, direcionados a provocar e mobilizar condições para que se desenvolvam atitudes de reflexão e crítica, comprometidas com ações que vão ao encontro de resolutividades no plano da realidade.

O Processo de Enfermagem, neste estudo, foi realizado na oportunidade do Programa de Prevenção da Saúde do Trabalhador, no seu ambiente de trabalho; especificamente no espaço das denominadas até então “palestras educativas”.

Foram 5 (cinco) as reuniões com a presença das pessoas indicadas no quadro demonstrativo abaixo. Variavam não só os grupos como também os locais de reunião, visto que as sessões se davam em sala separada, mas no próprio local de trabalho dos indivíduos daquele grupo.

**QUADRO DEMONSTRATIVO DAS REUNIÕES EM GRUPO
PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL**

REUNIÕES	PESSOAS	LOCAL
1 ^a	2 Enfermeiros do trabalho 2 Psicólogos 1 Assistente Social 1 Chefe do Setor (SESMT)	Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) Conglomerado Bancário.
2 ^a	4 mulheres e 2 homens entre Caixas e serviços administrativos 1 Enfermeira do Trabalho do SESMT.	Agência bancária de uma cidade próxima a Curitiba.
3 ^a	6 mulheres e 1 homem de Serviços Administrativos 1 Psicóloga do SESMT	Agência bancária de uma cidade próxima a Curitiba.
4 ^a	12 mulheres de Serviços Administrativos 1 Psicóloga do SESMT	Conglomerado Bancário dentro de Curitiba.
5 ^a	5 homens responsáveis pelos viveiros de plantas 1 copeira 1 Assistente Social do SESMT	Reflorestadora próxima a Curitiba.

6.1 O Apoio Teórico na Pedagogia da Problematização

A ruptura com a Educação em Saúde em formas convencionalmente praticadas se deu com apoio teórico na Pedagogia da Problematização, como um processo intencional de aumento da capacidade do indivíduo de detectar problemas reais e buscar soluções originais e criativas, através de perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente (BORDENAVE, 1989). Tal apoio guardava afinidade com o marco conceitual elaborado também para esta abordagem de prática assistencial de Enfermagem.

Esta abordagem educativa, suscita o pensamento crítico construtivo através do ato de refletir, de compreender, possibilitando a transformação. Por conseguinte, vem encontrar afinidade com esta proposta de alternativa metodológica, em sua dimensão educativa, na prática do enfermeiro.

DAVINI (1989) escreve que fatores sócio-culturais entendidos aqui como visão do mundo, mitos, tradições, estrutura familiar e outros, são de fundamental importância já que conformam no sujeito os esquemas de percepção e de pensamento sobre a realidade. Para que isto ocorra são necessárias estratégias que partam das condições reais dos sujeitos, estimulando-os a refletirem sobre suas próprias percepções, de modo que avancem em seus conhecimentos e em suas formas próprias de pensar e conhecer a realidade.

Segundo BORDENAVE e PEREIRA (1991, p.10), a educação “problematizadora busca soluções viáveis aos problemas através de um diálogo

constante e conseqüente participação ativa de todos os envolvidos no processo. O desafio de uma situação-problema torna-se uma aprendizagem natural, porque a construção do conhecimento parte de uma síncrese ou apreensão ingênua da questão, seguindo para uma visão analítica pela teorização culminando numa “apreensão ampla e profunda da estrutura do problema, e, de suas conseqüências, nascem hipóteses de solução” e conseqüente seleção de soluções (síntese) onde se dão as criações para novas aplicações, em uma dada situação de realidade. “A síntese tem continuidade no praxis, isto é, na atividade transformadora de realidade”.

A fim de operacionalizar essa proposta de Pedagogia da Problematização como parte desta Metodologia, transcrevo a seguir o denominado “Arco de Charles Maguerez” tal como citado por Bordenave (1989). Este arco orienta-se todo tempo na realidade e guia metodologicamente à caminhada do pensamento para uma ação.

O diagrama a seguir é uma representação da Pedagogia da Problematização.

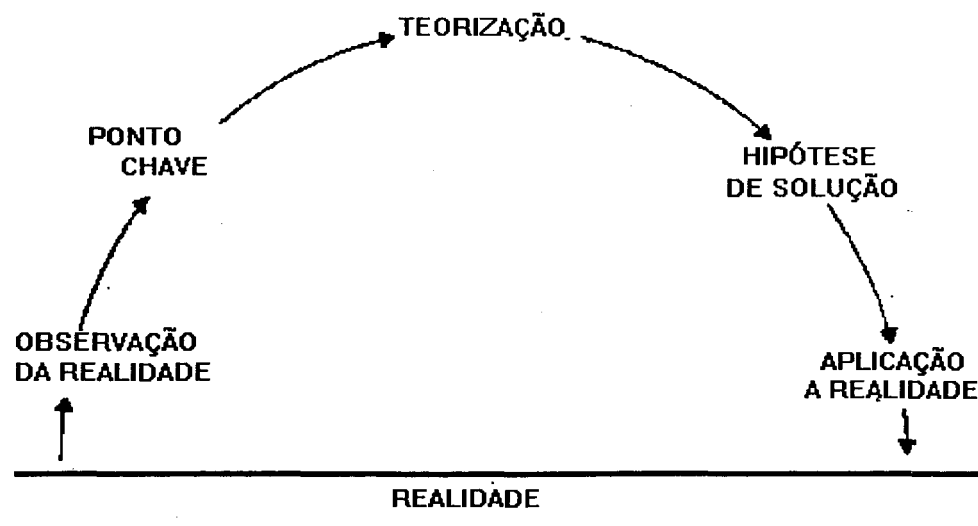


Figura 1 - Método do Arco de Charles Maguerez, citado por BORDENAVE (1989, p.24).

A representação esquemática a seguir é uma adaptação da proposta da Pedagogia da Problematização para o Processo de Enfermagem neste estudo.

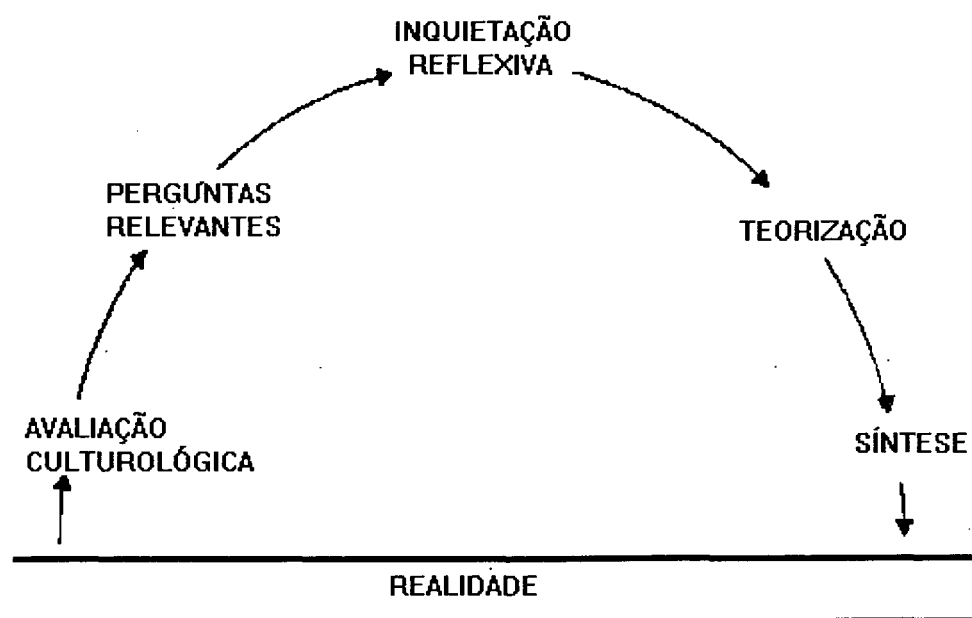


FIGURA 2: Adaptação do Método do Arco de Charles Maguerez, concebido por DYNIEWICZ (1995).

Esta adaptação requereu outra linguagem e outras ações correspondentes, em situações trabalhadas em grupos, na prática assistencial, na dimensão Educação em Saúde, neste estudo que ora apresento.

Assim, descrevo as etapas em que uso outra linguagem, buscando fazer as explicações e desdobramentos relativos à experiência realizada e correspondente a cada uma delas.

Realidade

Esta realidade que emerge e depois é devolvida ao cotidiano, como mostra o Método do Arco (adaptado) é entendida como objetiva enquanto campo de visão sobre si e sobre o mundo reduzido em percepções, não percebido imediatamente em suas implicações mais profundas.

Busco, nos trabalhos em grupo na dimensão educativa em saúde, a constatação desta realidade, contudo espero mais, o emergir da subjetividade ou as percepções de fundo, aquelas que não se destacam de imediato ou assumem caráter de problema para seu conhecimento e/ou ação.

Diante desta possibilidade, proponho uma metodologia para as práticas educativas que desenvolvam o poder de capacitação e de compreensão do mundo que lhes aparece (objetividade) bem como essas percepções de fundo (subjetividade), desencadeando um pensar e atuar de forma autêntica, onde os homens vão se percebendo criticamente como estão sendo no mundo, com que e em que se acham. As ações a partir daí serão de intersubjetividade através do inter-apoio para soluções viáveis aos problemas.

Avaliação Culturológica

Entendi que para reconhecer aspectos da cultura do indivíduo no grupo, tornou-se necessária uma sistematização de busca e de registro. A possibilidade surgiu em Leininger citada por PATRÍCIO (1991, p.149): “avaliação culturológica é uma apreciação sistemática ou do exame dos indivíduos, grupos e comunidades, em seus valores, crenças e práticas culturais atuais e do passado, para determinar as necessidades e servir como um guia para a elaboração de planos de intervenção para o cuidado de enfermagem”.

Para ocorrer esta avaliação culturológica, segundo a Teoria da Transculturalidade, é necessário avaliar e obter informações sobre a estrutura social e a visão de mundo da cultura do cliente, explorando fatores do Sistema Tecnológico, Sistema Religioso e Filosófico, Sistema Familiar e Social, Sistema Cultural (valores e crenças), Sistema Político e Legal, Sistema Econômico e Sistema Educacional (LEININGER, 1985).

A estes fatores acrescento neste trabalho, particularizadamente o Sistema de Trabalho, considerando-o necessário para a percepção de vida, saúde e doença do homem, nas suas práticas laborativas.

Esta fase do processo surge da realidade concreta do sujeito, visto que o objetivo é levá-lo a observá-la com seus próprios olhos, expressando suas percepções.

O procedimento nessa fase foi com a apresentação de cada pessoa do grupo, através de figura de revistas, as quais ficaram disponíveis, espalhadas pela sala, e escolhidas livremente pelos participantes.

Após a escolha e um intervalo para reflexão de uma delas, foi solicitado da pessoa que respondesse às questões a seguir:

O que levou a escolher esta figura?

Quais as lembranças que lhe vieram a mente ao encontrar-se com a figura?

Qual a relação dessas lembranças com o momento presente?

As respostas encadearam outras perguntas que pouco a pouco conduziram ao sistema social e visão do mundo do indivíduo.

Não foi intenção, neste momento do trabalho em grupo, aprofundar questões sobre vida, saúde e doença que pudessem emergir de cada um dos participantes. As colocações serviram para dar partida a um processo reflexivo como um exercício inicial, um momento de descontração, para que todos tivessem a oportunidade de integrar-se ao grupo.

Para MAILHOIT (1991) as fases de integração passam por três momentos.

- fase individualista: no início os indivíduos têm tendência a querer se afirmar como indivíduo.

- fase de identificação: uma vez aceitos como indivíduos, certos membros, antes de consentirem em fazer grupo, procurarão integrar-se inicialmente em sub-grupos.

- fase de integração: quando cada um se sente plenamente aceito, um grupo de trabalho consegue então integrar-se.

O mesmo autor coloca que nas relações interpessoais os membros de um grupo não consentem em integrar-se, senão a partir do momento em que certas necessidades fundamentais sejam satisfeitas pelo grupo, tais como:

- controle - necessidade que cada membro do grupo tem em se sentir também responsável pela estrutura, atividades, objetivo, crescimento, progressos.
- inclusão - percebe-se aceito, integrado, valorizado totalmente por aqueles aos quais se junta.
- afeição - ser aceito como pessoa humana, não apenas pelo que tem, mas também pelo que é.

O presente trabalho permite, em sua continuidade tais observações, entretanto limitou-se a seus objetivos e propósito em provocar o desencadeamento de um processo metodológico, numa prática reflexiva com grupos educativos em saúde, para o desenvolvimento de uma abordagem que valorize crenças, valores, ações e experiências sócio-culturais vividas pelos indivíduos.

Perguntas Relevantes

A continuidade da sessão encaminhou-se, segundo a Pedagogia da Problematização, às perguntas relevantes sobre a temática de interesse.

Isto teoricamente poderia suscitar a habilidade intelectual de observar, analisar, avaliar, compreender, generalizar e abstrair. Para tanto, nesta fase do trabalho em grupo, foi solicitado aos participantes que respondessem a seguinte questão:

Por que as pessoas adoecem? Com isso, obteve-se do pensamento das pessoas reunidas nos grupos, quais são as suas percepções e experiências pessoais sobre o adoecer do homem.

O grupo movimentou-se para responder, a partir da sugestão de um procedimento utilizado: a confecção de cartazes individuais, através de representações com colagens. À disposição do grupo ficaram revistas, jornais, tesoura, cola, canetas, pincéis atômicos, fita adesiva, cartolinas, etc.

As composições em cartazes ficaram expostas para a apreciação de todos os colegas do grupo. Enquanto apreciavam os cartazes, tendo em conta a questão central: “*Por que as pessoas adoecem?*”, derivaram daí outras perguntas relevantes a cada um dos participantes e estas convergiram para uma problematização contextualizada da temática em pauta.

Como num dos grupos a confecção de cartazes demonstrou-se um procedimento difícil, diante das expectativas previamente discutidas, considerou-se por bem utilizar-se de histórias pessoais, relatadas pelos seus membros, de tal forma que envolvessem situações sobre saúde/doença.

A contextualização amplia horizontes e revê várias relações entre as questões de saúde-doença e o mundo da vida, fazendo buscar longínquos e próximos determinantes, passando de uma síncrese e se encaminhando à teorização que propõe a futura síntese.

Inquietação Reflexiva e Teorização

Durante estas duas fases, inter-relacionadas a anterior e posterior, os cartazes foram apresentados individualmente às pessoas reunidas.

Procurou-se através de uma motivação, chamada aqui de “exposição de sua obra de arte”, estimular e valorizar a liberdade de expressão de cada um dos indivíduos, permitindo a comunicação espontânea advinda do processo de reflexão que se iniciou na avaliação culturológica.

Compreender operações analíticas da inteligência é altamente enriquecedor e permite o crescimento mental, pois passam pelo próprio esforço do domínio das operações concretas para as operações abstratas, conferindo um poder de generalização e extrapolação considerável. Esta é a passagem da síncrese (descrição ingênua) à síntese (abstração e aplicação). (BORDENAVE, 1989).

Com a permissão de todos os membros do grupo, durante as exposições orais, foram feitas gravações em fitas cassete, a fim de registrar as “falas” que compõem o “corpus” de análise deste trabalho, comprometendo-se todos com a não revelação de identidades pessoais dos assuntos tratados.

Síntese

Esta terminologia foi incorporada na metodologia do Processo de Enfermagem deste estudo, por algumas razões, dentre elas é a de que todos os seres humanos pensam e podem exercitar-se em abstração.

Como o conhecimento não é transferido, depositado, inventado, mas construído pelos homens nas suas relações com os outros e com o mundo, ele precisa ser refletido e reelaborado até chegar a incorporar e expressar este conhecimento. Assim, nesta perspectiva analítica há três grandes momentos: a Síncrese, a Análise e a Síntese (VASCONCELLOS, 1992).

A síncrese corresponde à visão global indeterminada, confusa, fragmentada da realidade; a análise consiste no desdobramento da realidade em seus elementos, a parte como parte do todo; a síntese é o resultado da integração de todos os conhecimentos parciais num todo orgânico e lógico, resultando em novas formas de ação (LIBANEO, 1985, p.145).

Nesta síntese cabe ao enfermeiro, e aqui recolho as relações entre o processo de síntese e o processo segundo Leininger, citada por GEORGE (1993), de repadronização cultural do cuidado. Nesta, vão se propor ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou capacitação que ajudam os clientes a modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes, que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que dêem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis. Chegar a esta aplicação implica em passar-se necessariamente por abstrações e voltar-se a mergulhar na realidade.

Buscando similaridade ou lastro comum nas expressões advindas de percepções e experiências sobre saúde e doença trazidas pelo grupo e ainda aguçando a sensibilidade para identificar os significados num clima de favorável interação, propus a análise das representações, idéias e conceitos verbalizados pelos membros do grupo.

A exposição foi dialogada e se seguiu entrecortada com sínteses por parte de alguns, numa demonstração de vinculá-la às suas necessidades, interesses ou problemas pessoais.

Segundo VASCONCELLOS (1992, p.42), “o conhecimento acontece no sujeito como resultado de sua ação sobre o mundo, seja esta ação motora, perceptiva ou reflexiva. Temos aqui o caráter dialético do conhecimento... resultado da ação de determinado sujeito sobre determinado objeto, qual seja, é fruto da interação do sujeito com o objeto”.

Embora tenhamos tido apenas um encontro em média de três a quatro horas com cada grupo, foi possível identificar a atividade do sujeito sobre o objeto, houve um conhecimento que foi sendo construído em cada fase do processo reflexivo, ou seja, desde a Avaliação Culturológica até a Síntese, caso contrário não teriam emergido, como veremos no Capítulo 7, tantos diferentes temas e relações entre eles e com a vida, em uma mesma pergunta (Por que as pessoas adoecem?).

Como ninguém aprende sozinho, a possibilidade de ouvir e ser ouvido, na relação social com o grupo, possibilitou o aguçar de reflexões pela similaridade ou diversidade de idéias e conceitos elaborados, àquela ocasião. Este é um processo dialético.

Toda esta dialética de ação do homem vem da consciência de sentir-se problematizado porque provoca o confronto com as crenças, valores, ambiente (natureza) e sociedade que cada indivíduo e cada grupo tem em suas histórias de vida.

Também traz à tona a realidade original de um conhecimento, através do afeto e da razão, procurando conhecer, buscar, procurar, investigar, enfim, desvelar esta realidade e, num esforço conjunto, com atenção e abertura para o novo, elaborar propostas de síntese (abstrações), ora individuais, ora em consonância com os demais membros do grupo, mas sempre em seu caráter de elaboração do novo a ser configurado em transformação da realidade tratada.

Considerando que o conhecimento novo nasce a partir do antigo e em constante dinâmica, a sistematização do conhecimento sobre o adoecer do homem representou a síntese das múltiplas determinações, numa unidade da diversidade num todo articulado e compreendido, cuja repercussão, espera-se, seja a transformação de algum aspecto da realidade. (VASCONCELLOS, 1992)

Não houve uma síntese conclusiva ou exposição material dos resultados, afinal o processo reflexivo, crítico, construtivo não acaba, como também não houve intenção de construir conceitos sobre o adoecer; afinal não é a teoria, isoladamente, que transforma o mundo, e o significado de saúde ou doença é próprio de cada um, originada de seu contexto sócio-cultural. Depreende-se daí que somente ocorrerá repadronização cultural do cuidado pelo diálogo reflexivo, promovendo a conscientização do cliente para as práticas de saúde, gerando necessidades de transformações dessas, sem agredir o cliente, suas crenças e seus valores (PATRÍCIO, 1993).

7. ANALISANDO E REFLETINDO AS VIVÊNCIAS

7.1 Reflexões sobre as atividades de grupo

Reunir-se em grupos não é tarefa fácil. Há todo um trabalho nos bastidores, que antecede o evento, fundamental para o êxito da tarefa.

Criar o clima para alcançar o clímax, nos trabalhos educativos em grupos exige esforço mental, motivado e estimulado pelo desejo de que os objetivos sejam atingidos. É necessário um espaço físico apropriado; uma proposta de trabalho bem refletida e elaborada; uma consciência da relevância da liberdade de expressões; comunicação aberta, bilateral e criativa; espírito de solidariedade e fraternidade; responsabilidade profissional para não infringir regras da moral e da ética; engajamento aos problemas sociais reais que se apresentam, no sentido de tomar decisões coletivas e condizentes às situações emergentes. Considerando todos estes aspectos, passo a descrever como ocorreram as dinâmicas em grupo e as reflexões que foram surgindo no decorrer de cada momento, neste trabalho.

O primeiro momento ocorreu no SESMT, onde a proposta de trabalho foi discutida com a equipe de profissionais que compõem aquele serviço.

Algumas preocupações vieram à tona, tais como: a administração do Conglomerado Bancário estava em expectativa com a troca do Governador do

Estado. Isto gera a possibilidade de mudanças nas chefias em todas as instâncias, gerando, conseqüentemente, também um estresse significativo, refletido diretamente em todos os trabalhadores. É criado um clima de insegurança, apreensão e nervosismo. Outra situação apresentada foi o tempo disponível para as reuniões em grupo. Como o local seria o mesmo das atividades laborativas, estas não poderiam ser prejudicadas, principalmente pela situação vigente no Banco, ou seja, instabilidade de cargos e funções.

As propostas aprovadas para minimizar estas dificuldades foram: uma apresentação objetiva para cada grupo quanto aos propósitos do estudo, destacando o seu aspecto essencialmente educativo; apresentação da proposta de trabalho à pessoa, que assumiu o papel da chefia imediata do local onde nos reuniríamos; solicitação da colaboração desta pessoa para convidar outras que poderiam participar das reuniões, sem prejudicar o trabalho individual e coletivo; participação de pelo menos um profissional do SESMT em cada grupo, como membro efetivo, com o propósito de reforçar o objetivo do estudo; facilitação da aproximação com as pessoas dos locais de reunião; conseguir o envolvimento dos mesmos nas metas do estudo para possibilitar o intercâmbio técnico-científico entre nós, profissionais de saúde.

A fase de ajuste quanto a horários, locais e comunicação prévia com o local transcorreu sem dificuldades. A participação dos profissionais do SESMT foi relevante para que as reuniões ocorressem sem transtornos e com liberdade para utilizar do tempo disponível, sem interrupções. Contudo, houve situações

onde, apesar das informações prévias, não foi providenciado o local e, ou convite às pessoas.

Acredito que os propósitos do estudo nestes locais não ficaram de início, bem esclarecidos porque logo que chegamos, rapidamente houve uma mobilização para providenciar a sala e o que mais fosse necessário. Concluo daí, que qualquer estresse anterior a reunião, excedendo aqueles naturais pelo inusitado, devem ser bem esclarecidos e planejados anteriormente, reforçados na proximidade do evento, com cuidado especial, no sentido de identificar interesse, importância da temática e relevância para o grupo.

A expressão mais comumente ouvida nos locais de reunião foi:

- “Vocês vão dar uma palestra sobre saúde?”

Esta referência advém provavelmente das “palestras educativas” realizadas, anteriormente, pelos Enfermeiros do Trabalho, nestes setores do Banco. Formou-se assim a cultura desta atividade, ou seja, informações sobre saúde às pessoas, no papel de bancários, reunidos em pequenos grupos.

Não senti em nenhum local qualquer tipo de negativa para realizar as reuniões, houve sempre muita disponibilidade e prontidão, dos membros dos grupos.

Um exemplo disso está no que se passou num setor administrativo. A pessoa responsável para realizar os convites, satisfeita pelas propostas deste estudo, iniciou uma lista de prováveis participantes, somavam aproximadamente 20 pessoas: diante disto, discorri sobre o aproveitamento melhor em pequenos

grupos. Imediatamente ela separou os nomes em 2 grupos, demonstrando assim interesse de que todos participassem.

Surpreendentes foram os locais escolhidos para as reuniões. Numa agência Bancária nos reunimos no almoxarifado, localizado no sub-solo ao lado da garagem, numa sala espaçosa, porém pouco ventilada e cheia de caixas, papéis, pacotes, etc. Ao centro dela uma mesa larga e comprida com bancos de madeira em ambos os lados. Naquela sala ficava a pessoa responsável pela limpeza, a qual entrou algumas vezes para deixar ou apanhar algum material e num dado momento perguntou:

“Afiml, o que tanto vocês desenham?” (referindo-se à atividade que estava sendo desenvolvida pelos membros do grupo)

Expliquei do que se tratava e pedi, se possível, que não interrompesse, ela aceitou bem e não retornou.

A maior dificuldade contudo foi o barulho de carros na garagem e o espaço para montar os cartazes que a tarefa comportou, com certa dificuldade à execução dos mesmos. Isto, porém, não causou nenhum constrangimento ou aborrecimento para os membros do grupo.

Todos foram participantes ativos das atividades, até mesmo quando surgiu o seguinte comentário: *“Isto tudo é bobagem, sem dinheiro não se tem saúde, porque então fazer isto tudo?”* Todos ficaram em silêncio, inclusive eu, a seguir pedi opinião ao grupo sobre a colocação do colega. Ouvi como respostas: *“Ela (referindo-se a mim) nem começou a falar e você já vem criticando.”* *“Não é só você que tem problemas.”*

A pessoa que se expressou inicialmente, retomou a palavra dizendo que estava em dificuldades financeiras e isto estava atrapalhando a sua vida. Solicitei a ela que demonstrasse o que sentiu para suas colegas para podermos discutir a seguir, o que não veio a ocorrer nas apresentações decorrentes da atividade do próprio grupo.

Concluí que a proposta problematizadora emerge da realidade, mas nem sempre no grupo aflora o desejo dos outros em mergulhar nela, no intuito de modificar situações que se apresentem. Acredito que há necessidade de maior vínculo, proximidade sentida e pensada de ajudar e ser ajudado. Talvez assim a profundidade, dimensão e densidade do encontro, possa encaminhar a possibilidades para haver o inter-apoio, em ações do grupo, em unidade diante de situações problematizadas em conjunto.

Como nossos valores, crenças, experiências pessoais são únicos e a intensidade de viver o cotidiano depende destas heranças, retratá-los ou não, dependente dos desejos e necessidades de cada um, e nem sempre surgiram questões intimistas sobre saúde/doença, num despojamento sentidamente sincero de expor-se ao grupo. Procurei em todos os momentos descobrir estas percepções, estimulando todo o grupo a empregar seus recursos de criação, deixando de lado atitudes críticas que pudessem inibir ou prejudicar o processo criativo. Entretanto pude refletir que questões mais íntimas e individualizadas, emergem após o próprio grupo construir suas relações mais profundas e confiança no que fazem, o que não permitia este trabalho dada a periodicidade da proposta.

Com esta reflexão passo a relatar sobre outro momento de grupo, numa Agência Bancária, próxima a Cidade de Curitiba. Neste local foi proporcionado a leitura de uma realidade muito peculiar.

A Agência fica numa cidade pequena onde as pessoas se conhecem, sabem mais umas das outras e de tudo que as rodeia. Explico melhor. O local escolhido para a reunião ficava ao lado da Agência, num espaço aberto chamado “churrasqueira”. Este local, com duas mesas grandes, com bancos, num espaço aberto, foi o ponto de encontro. Como o dia estava chuvoso e frio, tentávamos colocar dois painéis de plástico para abrandar o vento e a chuva, à medida que prendíamos um, o outro caía. Como o local tornou-se impróprio, duas pessoas se propuseram a ir em busca de outro espaço. Retornaram felizes da empreitada trazendo as chaves da Capela Mortuária, localizada ao lado da Igreja, muito próximo de onde estávamos. Como era o único local disponível no momento e estava ficando tarde, decidi convidar todos e fomos para lá.

Ao entrar nos deparamos com crucifixos em suportes, candelabros, suportes para caixões e outros aparatos próprios para um velório. Contudo, a sala era espaçosa, ventilada, com mesas e cadeiras suficientes para todos nós.

Como fazer uma reunião sobre saúde num espaço próprio para velar a morte?

Resolvemos juntos refazer o cenário voltando cadeiras e mesas em direção à porta e ficamos sentados de costas para os aparatos de velório. Naquele momento não fiz uma leitura desta situação, ou seja, não percebi o enfrentamento da situação com direção à negação da morte.

Embora o local tenha se apresentado oportuno para uma problematização sobre vida e morte, tal referência não foi mais adiante que comentários iniciais. Predominou a realidade objetiva, aquela decorrente das construções intelectuais, isto é, das necessidades emergentes com vistas a um propósito real e claro. A realidade subjetiva, advinda de convicções íntimas sobre a morte não emergiram nas expressões dos grupos. Concluo daí, que valores normatizados na sociedade permeiam o respeito à morte dos outros; enquanto as crenças em relação ao seu próprio morrer ficam como visão de fundo, envoltas em sentimentos de negação diante da única certeza do homem - a morte. Reconheço que esta peculiaridade de local de reunião, deu esse toque e trouxe singular e implícita conotação àquele encontro de grupo.

Diferente de outros grupos, na Reflorestadora do Conglomerado Bancário, as pessoas estavam nos aguardando muito próximo às árvores e jardins. Um local muito agradável e confortável. E os jardineiros da horta lá estavam com suas roupas de trabalho, bem arrumados e sem suas ferramentas.

Optamos em não trabalhar com recortes de revistas e colagens e sim com “contar causos” de doenças que envolvem pessoas próximas ou histórias pessoais. A opção por esta dinâmica foi escolhida pelas características do grupo: pessoas simples com pouca instrução formal e que ficariam mais descontraídas e à vontade conversando sobre suas histórias.

Sentados em círculo, em grandes e toscas mesas de madeira, iniciamos um “bate-papo” agradável sobre as razões pelas quais as pessoas adoecem.

A tarde transcorreu rapidamente num diálogo franco e aberto. Foi possível identificar o interesse de cada um pela história do outro através de gestos, olhares e opiniões a respeito do que estava sendo narrado.

Houve um clima de integração, desejo de colaborar e prestar atenção em cada situação, numa simplicidade genuína e sentida de estar próximo do outro e dos sofrimentos relatados em narrativas em riqueza de detalhes.

Foi um grupo fantástico, autêntico, reflexivo e atencioso. Uma experiência inesquecível que provocou em mim uma profunda emoção. As expressões foram relatadas com sinceridade, pouco comum no cotidiano das práticas educativas que vinham sendo desenvolvidas com outros grupos até então. Acredito que este despojamento seja próprio dos puros, daqueles não contaminados pela competitividade, estresse e desamor da vida atribulada dos grandes centros urbanos. A impressão que davam, nos seus relatos, era de uma conversa íntima de “velhos amigos”.

Pareceu-me que a proximidade com a natureza, o silêncio quebrado apenas pelo canto dos pássaros e do vento sobre o pomar criaram um espírito de união com a terra, e, brotaram dela os mais sinceros e verdadeiros sentimentos, refletidos com serenidade no enfrentamento com sua realidade, por mais cruel que se apresentasse, nos relatos ouvidos.

Na saída, retornando para casa, ouvimos agradecimentos e convites para voltarmos outras vezes. Fiquei pensando naquele espaço e até agora, enquanto escrevo, lembro-me nitidamente daquele lugar, daquelas pessoas e da serenidade contagiante que tive o prazer de compartilhar naquele tarde.

Ao problematizar questões sobre saúde/doença com o grupo, percebi em mim a intensidade desta situação inquietante, porque afloraram muitos sentimentos. Minhas convicções encontraram similaridade no discurso simples dos contadores de histórias. Não foram retratados padrões sociais aceitos e mantidos pelos indivíduos, ao contrário, os relatos aferiram intimidade consigo mesmo, com outras pessoas e tudo mais que nos rodeia. Refleti sobre a natureza, o ar livre, e o favorecimento ao fluir das “falas” de modo mais espontâneo e harmônico no todo.

Finalmente, relato a experiência com um grupo do setor administrativo, dentro do Conglomerado Bancário.

Era um grupo de mulheres jovens, falantes e agitadas. Logo na entrada uma delas disse que nada iria falar, ficaria só olhando. Perguntei-lhe então, se ela sabia do que se tratava a reunião e que informações tinha recebido. Ela não respondeu, sentou-se numa cadeira, cruzou as pernas e braços, abaixou a cabeça e ficou em silêncio. Como estava sendo solicitada para receber as pessoas que estavam chegando, arrumar o espaço e os materiais para o grupo, não tomei qualquer outra atitude senão observar tal comportamento que me chamava a atenção.

Tão logo todos se acomodaram iniciei, como em outros grupos, falando sobre os propósitos da reunião, agradecendo a presença e do desejo da participação de todos durante as atividades. A jovem que aparentemente entrou relutante, acabou participando do grupo, com certa reserva, mas agradeceu na

saída a oportunidade em participar com as colegas sobre uma discussão sobre “ter saúde”.

Com este grupo aprendi uma grande lição. O líder do grupo conduz as discussões, mas é o grupo que decide o rumo, com vistas à suas reais necessidades. Se meu propósito era questioná-las sobre as razões pelas quais as pessoas adoecem, as pessoas do grupo queriam discutir as relações de trabalho, tais como: competitividade, chefias imediatas, estresse, etc.

Ouvindo e transcrevendo as fitas gravadas senti que cortei depoimentos significativos, interrompi discussões que talvez fossem naquele momento, mais importantes para o grupo, pois refletiam suas necessidades emergentes.

Foi um limite na estratégia com este grupo não ter aproveitado o momento para discutir o processo de trabalho da pessoa, na função de bancário, e todas as implicações do modelo funcionalista bem retratado na leitura inicial deste estudo. Deixei de ver esses temas como determinantes de saúde-doença, enquanto certamente eles foram trazidos à discussão, não por acaso, mas pelas relações mantidas com a proposta de trabalho.

Se no grupo anterior a subjetividade das expressões de valores, crenças e experiências do homem puderam ser captadas e problematizadas, neste grupo, detive-me em destacar a objetividade das expressões sem compreensão da grande evidência subjetiva dos discursos.

A problematização do assunto em questão emergiu, mas eu não soube, naquele momento, conduzi-la adequadamente para a síntese. Isto vem mostrar a possibilidade do método, mas não assegurou a devida condução de cada fase.

Penso que é preciso estar alerta às relações entre temas emergentes e proposta central de referência nos grupos de Educação em Saúde.

Seria preciso maior percepção das expressões e impressões dos participantes, maior agudeza de sensações emitidas e maior liberdade de comunicação, para diferenciar alguns diálogos, que aparentemente não demonstravam direção aos objetivos propostos, mas que mereciam ser recolocados para deixar perceber as relações que os temas permitem. Isto significa ir além, no esforço intencional de passar da síncrese à síntese, referida a realidade.

Esta dinâmica de grupo e as outras já relatadas neste capítulo, trazem a conotação problematizadora proposta no Processo de Enfermagem para este estudo. Esta conotação compreende um instrumento nas práticas de dimensão educativa em saúde, pela reciprocidade de conteúdos mentais em valores, crenças e experiências nas questões de vida, saúde e doença, mediadas pelo diálogo reflexivo coerente ao contexto sócio-cultural dos indivíduos reunidos.

Este processo metodológico dirigido a um pensar autêntico para a construção de uma consciência crítica, representou um exercício de inter-apoio na busca de uma saudável relação física, social e espiritual dos indivíduos com o mundo que nos cerca.

Embora esta síntese de dinâmicas de grupo seja provisória, limitada por um único encontro em cada grupo, a proposta de educação em saúde fez diferença por evitar ser uma simples transferência de informações sobre saúde e doença aos indivíduos; foi além, considerando as possibilidades que o método

problematizador/dialógico teve em suscitar, da realidade concreta dos sujeitos, a objetividade e subjetividade de suas percepções pessoais sobre o adoecer do homem.

A participação ativa dos indivíduos, reunidos num genuíno envolvimento construtivista, na busca dos determinantes aos agravos à saúde do homem, resultaram em temas emergentes descritos sob a forma de análise de conteúdo dos grupos.

7.2. Análise de Conteúdo

As transcrições de gravações e anotações das “falas” nos grupos, durante as reuniões, compuseram o material de análise, constituindo o “corpus” do estudo de uma prática de Enfermagem em educação em saúde que apóia e concretiza esta dissertação.

A proposta para esta etapa, Análise de Conteúdo, possibilita interpretar dados de mensagens advindas da natureza das percepções dos indivíduos, envolvidos nos trabalhos em grupo, quanto ao adoecer do homem. Esse ponto chave resultou numa rede de significados com conteúdos de crenças, de valores, de sentimentos, de ações e de experiências vividas por estes indivíduos.

Para Berelson, citado por KIENZ (1973), a Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa polivalente com múltiplos usos e possibilidades, que passa por uma descrição do conteúdo manifesto nas comunicações, tendo por finalidade interpretá-las.

Se a proposta deste trabalho é analisar e discutir, através de uma trajetória metodológica, o resultado de expressões das pessoas que são funcionários de uma Empresa, cujas funções têm características rotineiras, os conteúdos manifestos nos grupos de trabalho serão significativos, para conhecer melhor a natureza das percepções desses indivíduos e abrir possibilidades de junto com eles atuar, tendo em conta sua vida , saúde e doença.

É neste sentido de explorar as influências do meio-ambiente sobre o homem que KIENZ (1973,p.64) coloca a análise de conteúdo como aplicação fértil, conduzindo-a como instrumento de “diagnóstico cultural”.

Antes contudo da análise de conteúdo, propriamente dita, o mesmo autor, propõe uma primeira operação que consiste em reunir o material sobre o qual vai incidir a análise. Este material chamado de “corpus” reuniu, neste estudo, as “falas” dos indivíduos nos grupos quanto ao adoecer do homem, a partir da apresentação individual dos recortes de imagens de revistas por eles selecionadas e afixadas nos cartazes, durante a fase de Perguntas Relevantes do Processo de Enfermagem. Estas “falas” foram gravadas em fitas cassete e depois transcritas.

A fase seguinte, conforme as etapas de análise de conteúdo de KIENZ (1973) consistiu em decompor o “corpus” em unidades cada vez menores, chamadas de elementos constitutivos ou unidades naturais. Entre frases simples (temas) e palavras-chave somaram-se 65 elementos constitutivos, compondo os vários elementos considerados significativos, ou seja, valores, crenças e experiências vividas pelos indivíduos em grupo quanto à questão norteadora do estudo: “Por que as pessoas adoecem?”.

As unidades naturais foram reagrupadas em categorias por afinidade mútua de expressões dos indivíduos. Segundo KIENZ (1973) esta forma de agrupamento chama-se análise associativa e deve estar de acordo com os objetivos do estudo e ainda organizada em número mais ou menos reduzido, a fim de se chegar a controlar a diversidade.

Retomando então o objetivo geral deste estudo, ou seja, retratar a vida cotidiana dos indivíduos, reunidos em grupo, resgatando seus valores, suas crenças e suas experiências de vida quanto ao adoecer humano e provocar a construção de uma consciência crítico-reflexiva sobre as questões de vida, saúde e doença, as categorias para análise referendam a intencionalidade de buscar a aproximação das expressões próprias dos indivíduos quanto a estas questões.

Os agrupamentos de categorias serão chamados aqui de Culturanálise cuja designação é de Morin, citado por KIENZ (1973). Para aquele autor a Culturanálise é um “espelho onde se reflete a cultura de um país (lugar) e de uma época, é o cadinho, a matriz em que esta cultura se forma e transforma. Com efeito, toda mensagem é um reflexo do estado daquele que a emite e um meio que permite atuar sobre aquele que a recebe, influenciá-lo... constituindo um quadro da vida cotidiana”.

7.3 - Culturanálise e as Categorias - Por que as pessoas adoecem?

TEMAS DE CULTURANÁLISE	CATEGORIAS
Excessos/forçar limites	<ul style="list-style-type: none"> - Excessos no trabalho (1)* - Exceder os limites humanos (2)* - "As pessoas querem dar conta do mundo".
Desígnios além do homem	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidade para rever a vida. (3)* - Força sobrenatural (4)* - Falta de crença religiosa - Não tem explicação
Desarmonias e desafetos	<ul style="list-style-type: none"> - Desarmonia humana e com a natureza (5)* - Falta de amor (6)* - Sonho não realizado (7)* - Saudade pela perda (8)* - Sentimentos negativos
Pressões do cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> - "Pressão da mente que passa para o corpo" (9)* - "Nervoso pela preocupação" (10)* - Problemas do dia a dia. - Falta de sono tranquilo
Desinformação	<ul style="list-style-type: none"> - Desinformação (11)*
Baixa auto estima	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de cuidado consigo mesmo(12)*
Carências/ necessidades de bases fisiológicas (13)*	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade alimentar inadequada - Falta de higiene pessoal - Vida sedentária - Uso de bebidas alcoólicas. - Fumantes - Poluição

* Categorias analisadas

7.4. Categorias analisadas

7.4.1 Excessos no trabalho

Este agrupamento está em estreita relação com a focalização dos indivíduos reunidos em grupos (bancários) nesta prática assistencial educativa, sendo o enfermeiro agente facilitador na construção de uma consciência crítico-reflexiva sobre o viver saudável e o adoecer do homem.

Considerando que esta prática educativa dá lugar a expressões, crenças, valores e experiências próprias do indivíduo, numa relação direta com o meio, pressupomos que emergem daí muito da sua condição de vida e de trabalho.

Dentre referências de membros de grupo, podemos identificar algumas destas condições:

“Ninguém me pergunta se estou bem.”

“Trabalho não é vício? Ou é?”

“Se faço certo, tudo bem, mas se faço só uma coisinha errada, levo o maior ‘ferro’.”

“Trabalhar demais, o corpo cansa e mata”.

As implicações que envolvem o adoecer do homem têm íntima relação com questões políticas e de desenvolvimento econômico e social. Os relatos, apesar de estarem imbricados num conjunto provisório destas implicações, deixam ver uma consciência que busca uma objetivação, no processo das

múltiplas relações sociais e históricas que os homens estabelecem na sua prática produtiva.

Outras expressões com este teor crítico referem-se à falta de liberdade e/ou frieza das relações humanas na profissão: *“No meu trabalho sou muito cobrada em relação ao meu comportamento. Não existe chefia que, vamos dizer, converse com você independente do trabalho...”*. Estas expressões também reportam para descrições das características do trabalho do indivíduo, na função do bancário, já descritas anteriormente neste estudo, como modelo “taylorista” de Organização Científica do Trabalho.

Para DEJOURS (1992) este modelo “taylorista” objetiva o aumento da produtividade com características repetitivas próprias de alguns setores como informática, escritórios, bancos, etc. Também este modelo de organização tem como característica a desapropriação da liberdade de invenção que possibilitaria, pela originalidade de cada um, a adaptação intuitiva das necessidades de seu organismo, suas aptidões fisiológicas e seus desejos psicológicos, às tarefas a serem executadas. Ausente a atividade intelectual e cognitiva, este modelo proporciona a vivência coletiva no ambiente de trabalho, mas, individualmente, o trabalhador sofre a solidão e as violências da produtividade alienante e tediosa, culminando numa história individual destituída de projetos, de esperanças e de desejos.

Para este mesmo autor, esta situação é “uma porta de entrada para a doença e uma encruzilhada que se abre para as descompensações mentais ou doenças somáticas... porque o aparelho mental não é um “compartimento” do

organismo, simplesmente justaposto à musculatura, aos órgãos sensoriais e às vísceras. A vida psíquica é, também, um patamar de integração do funcionamento dos diversos órgãos. Sua desestruturação repercute sobre a saúde física e sobre a saúde mental” (DEJOURS, 1992, p. 39;133).

Esta identificação da cultura organizacional e o adoecer do homem é possível de verificar em discursos como: “*As questões do trabalho é um ponto para adoecer*”, provocando outras reflexões vividas no cotidiano dos serviços de saúde aos trabalhadores.

Participando há longa data de eventos que tratam desta temática, destaco alguns aspectos relevantes:

1º) Há uma consciência de que um trabalhador sadio é um trabalhador produtivo, e, para tal, são previstos legalmente exames periódicos de saúde; programas contínuos de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais; avaliação constante de proteção individual e tantas outras ações de proteção ao trabalhador, devidamente resguardadas pela legislação brasileira.

Contudo, esta legislação protege apenas trabalhadores de empresas de grande porte. Enquanto isso, mais de 90% das empresas brasileiras são de micro e pequeno porte, logo, apenas uma pequena parcela dos trabalhadores, por força da lei, podem usufruir de serviços específicos de assistência à saúde.

2º) São apenas estas grandes empresas que, obrigatoriamente, devem manter, um quadro de profissionais de saúde para atender estes trabalhadores, mas em número insuficiente de recursos humanos aos propósitos preventivistas preconizados pela legislação. Um exemplo desta caótica situação de pessoal é a

do enfermeiro: para cada 3.501 trabalhadores há (quando há) 1 enfermeiro do trabalho com carga horária de 6 horas diárias (Ministério do Trabalho, 1995).

3º) Como as demandas a estes serviços de saúde aos trabalhadores dentro das Empresas são grandes, devido às precárias condições de saúde do povo brasileiro, muitos destes serviços atuam em ações curativas em detrimento de ações preventivas previstas na legislação (Ministério do Trabalho, 1995). Desta forma, as ações curativas em saúde absorvem grande parte do tempo dos profissionais, impossibilitando-os de cumprirem o papel de promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores.

Embora o serviço de saúde, onde este estudo foi realizado, seja uma empresa de grande porte e respeite a legislação vigente, as colocações feitas pelos membros dos grupos, tais como: “*O excesso de trabalho adoecer*”, denotam a necessidade destes trabalhadores de inter-apoio a suas questões de vida, saúde e doença.

Tal necessidade também é expressa por LAURELL e NORIEGA (1989, p. 21) quando escrevem que “a realidade cotidiana do trabalho tem sido o ponto cego não somente do olhar sanitário, como também da maioria dos observadores e analistas da sociedade. Assim, é importante e urgente penetrar os muros dos centros de trabalho e mostrar o que ali acontece para que deixem de ser âmbitos de experiência individual e se tornem áreas socializadas e legítimas de ação e de transformação... na construção de um novo modo de entender e analisar a saúde-doença coletiva enquanto processo social”.

Explorar e analisar a relação trabalho-saúde como um processo histórico-social vai ao encontro do conceito ecológico de doença descrito por LAURELL (1982, p. 150, 156) como “resultado do desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu ambiente”, diretamente vinculados a processos particulares que são ao mesmo tempo sociais e biológicos; assim, “cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a esse respeito”.

Para os grupos de indivíduos que compuseram este estudo, o perfil de implicações quanto ao adoecer humano são multicausais e refletem em comportamentos próprios que as atividades laborativas acabam por relevar.

Para Lewin, citado por MAILHIOT (1991), a personalidade revela-se em relação às realidades sociais como um sistema de círculos concêntricos. Ao centro está o “eu íntimo” formado por valores que o indivíduo consagra como fundamentais. Na região intermediária está o “eu social” que engloba valores que são partilhados com certos grupos, como por exemplo os valores profissionais. Na periferia encontra-se o “eu público” que está engajado nos contatos humanos ou nas tarefas em que apenas os automatismos são suficientes ou são exigidos. É neste nível que se implicam aqueles que participam de fenômenos de massa. É geral, também neste nível, que muitos indivíduos integrem-se em situações de trabalho, em que somente a periferia de seu ser é engajada.

“A preocupação no trabalho é de quem quer se sobressair. Tem que se preocupar mas não passar dos limites.”

“As chefias impedem as ascensões... as pessoas não conseguem ser naturais.”

Estas expressões de pessoas reunidas nos grupos retratam um confronto do “eu público” em situações de trabalho contrárias a suas crenças e opiniões contidos numa concepção de mundo própria do “eu íntimo”. O processo do viver coletivo no cotidiano do trabalho dá a opção de participar de concepções de mundo impostas mecanicamente pelo trabalho, ou de elaborar sua própria concepção de maneira crítica e consciente. Esta última opção serve para se retratar nos grupos expressões que denotam valores próprios e fundamentais dos indivíduos.

Esses aspectos fazem considerar que, a despeito da organização propor um conjunto de ações repetitivas, fragmentadas e desinteressantes, o homem pode executar suas atividades laborativas com qualidade de criação e reflexão na tomada de decisões. Desse modo, questões pessoais, suas atitudes com estas qualidades, podem ser dirigidas ao encontro de suas reais necessidades, aquelas exigidas pelo seu “eu íntimo” que está integrado às situações de trabalho.

Tomar consciência desta dinâmica, permite ao enfermeiro o enfrentamento destes diversos confrontos, dessas divisões de trabalho, da aceção de pessoas, e tantas injúrias políticas e sociais. Na construção da tomada de consciência, em conjunto com os homens reunidos em grupo, pode-se partir para a busca de alternativas para as questões de vida/saúde/doença. Será no poder transformador da consciência de cada um, e no conjunto de intencionalidades individuais, que o enfermeiro e homens em grupo encontrarão possibilidades de transpor o avesso

circunstancial do ambiente exterior, para um processo de viver coletivamente de forma mais saudável.

Este pensamento encontra apoio no que diz LEOPARDI (1992, p.74) quando propõe um rompimento da desalienação da consciência dos indivíduos sobre o processo de ser saudável de modo a que se tornem ativos nele, “criando o caminho para uma re-elaboração de nossas rotinas, de modo que não se tornem uma imposição, mas uma utilização feliz de nossa realidade”.

Esta atitude ética, ainda segundo esta mesma autora, na busca de seu sentido moral anestesiado pelo cotidiano de nossas vidas, vai além, numa atitude estética de resgate à dimensão sensorial e criativa.

Tratando deste tema, SANTIN (1995) escreve que a ética (costumes) e a estética (sensibilidade) podem trazer de volta a capacidade de captar e apreciar o vivido, de sentir-se e sentir o outro, isto é, o drama do cotidiano.

7.4.2 Exceder os limites humanos

Um grande exercício mental é a capacidade de estabelecer limites pessoais. Ao trabalhar demais falta espaço para o lazer, comer pouco é insuficiente para suprir as necessidades vitais, exercitar-se em excesso é um desgaste desnecessário.

Esta tênue linha entre o limite para o excesso e o limite para a falta de, exige uma contínua necessidade de percepção pessoal, de estar atento a si mesmo e ao que lhe cerca. Perceber ainda suas necessidades e seus desejos.

Tarefa esta pouco fácil também para os grupos quando colocam: *“Quando excede os limites, a máquina (corpo) falha, não tem como superar, não tem mais conserto.” “Tudo aquilo que falta ou excede das coisas pode afetar a sua saúde, seja a nível físico, psíquico ou social. Estes excessos podem interferir na minha vida.”*

Estes dilemas de membros dos grupos não têm uma receita mágica, uma resposta para quando parar ou quando recomeçar. Os homens como seres únicos têm na racionalidade algumas respostas que os capacitam a identificar os limites e ao mesmo tempo têm nas emoções os desejos que perturbam a razão.

Perigosos estão estes limites quando transpassam as barreiras das condições individuais de saúde e tornam-se um fardo difícil tanto ao controle, como à recuperação da saúde.

Para SHINIASHIKI (1993) tais dilemas estão no desejo da realização própria do ser e atingi-la significa ter a consciência de que objetivos são realmente mais importantes na vida e acreditar na sua capacidade, esforço e dedicação pessoal para alcançá-los.

Nas práticas assistenciais em saúde as dificuldades estruturais, tais como o excesso de trabalho, a falta de recursos humanos em qualidade e quantidade, a dificuldade de relações humanas, gerenciadas muitas vezes pelo poder institucionalizado e muitos outros problemas são situações que dificultam o

auxílio e apoio nas tomadas de decisões, dos indivíduos nas suas questões de vida, saúde e doença.

Estas situações são agravadas porque, de um modo geral, as práticas educativas em saúde representam um monólogo gerenciado pelo enfermeiro ou outro profissional de saúde, isto tanto em abordagens individuais como coletivas.

Com esta postura determinista ,tolhe-se a possibilidade de percepção mútua quanto aos excessos ou faltas que poderão acarretar agravos à saúde dos indivíduos.

Este estudo buscou desvencilhar-se desta postura, enraizada no modelo tradicional de ensino, ou seja, buscou-se a aprendizagem em conjunto. Esta tarefa exigiu um exercício contínuo de reflexão/ação/reflexão das situações que foram surgindo.

7.4.3 Oportunidade para rever a vida

Dentre as significações próprias do grupo quanto ao adoecer do homem, expressões como: *“oportunidade para rever o ritmo de vida... abre um novo horizonte na vida... parar para pensar nas várias situações que a gente se depara...”*, foram alguns relatos encontrados.

Esta ótica encontra afinidade com as proposições de REMEN (1993). Para este autor adoecer é um aviso, um alerta no sentido de rever hábitos, propor

novos objetivos e fazer escolhas, priorizando o que se precisa e deseja para ser feliz.

Também CHALLONER (1990) coloca que é prudente reconhecer os sofrimentos pessoais como mensagens a serem decifradas, para descobrir o que a vida está tentando dizer acerca de nós mesmos.

A direção do processo individual encontra novas possibilidades não visualizadas até então, quando o homem depara-se com mudança física, mental ou social que exige novas condutas que irão alterar as atuais.

Em achados como estes, o enfermeiro tem mais uma de suas oportunidades de exercitar o seu papel de educador em saúde, colaborando junto aos homens na busca de novos pensares e hábitos.

Esta forma de ver o adoecer, se de um lado traz a profundidade de introspecção, de outro requer que o apoio educativo em grupos, traga à tona situações determinantes dos indivíduos ao alcance de uma revisão social e histórica.

Esta possibilidade encontra eco nos mesmos componentes dos grupos, em expressões como: *“Eu vejo que a gente aprende com aquilo, não só com a doença da gente como a dos outros, é sempre um aprendizado”*.

Se o próprio homem identifica o adoecer como um aprendizado, cabe ao enfermeiro a dinamização do pensamento crítico-reflexivo para novas descobertas, novos saberes que desencadeiem em pleno crescimento pessoal para conseguir satisfazer suas necessidades.

Esta dinâmica é contínua e representa a liberdade do poder criativo e de expressão do homem; poder transformador de realidades verificadas em colocações como: *“acho que desde que o mundo é mundo... o homem aprendeu, é um eterno aprendiz, ele pára para pensar e conseguir ver através dos tempos, as respostas para as suas perguntas... nós temos o poder de mudar as coisas”*.

A possibilidade de compartilhar vivências como estas acenou com o recurso criador da educação em saúde problematizadora como uma prática de liberdade de significados, cujas concepções foram construídas a partir do processo vivencial de cada um. Este processo vivencial encontra no grupo o inter-apoio para tomada de decisões significativas para a vida de cada um, para os grupos e para a sociedade.

Neste sentido transformador CHALLONER (1990, p. 9) escreve que o adoecer pode tornar-se um acontecimento único para o crescimento pessoal e *“oportunidade de obter revelações sobre a natureza fundamental do propósito de vida e dos significados intrínsecos de suas experiências pessoais”*.

7.4.4 Força Sobrenatural

Este foi um agrupamento que selecionei para esta discussão em virtude de sua presença também desvendar algumas correntes que atravessam culturalmente a compreensão do fenômeno saúde e doença.

Dentre as teorias leigas sobre a causalidade das doenças, estão aquelas baseadas em crenças referidas como *“muita coisa é dada pelo espírito... nos é dada por vidas passadas”*.

Para HELMAN (1994, p.115), “na maioria das culturas, as teorias leigas fazem parte de um todo complexo de heranças culturais...” cujo sistema de atitudes, modo de agir, valores espirituais e materiais são próprios da cultura de uma sociedade. O respeito a essas crenças e valores não significam uma imobilidade no que tange à ampliação de outras possibilidades de apreensão da realidade.

A herança cultural consiste na cópia de padrões que depende de um aprendizado, afinal todos os homens são dotados do mesmo equipamento anatômico, mas a utilização dos mesmos, ao invés de ser determinado geneticamente, necessita de raciocínio para a apreensão. Assim sendo, divididos em pequenos grupos sociais, cada indivíduo vai construindo sua própria linguagem, sua própria visão do mundo, seus costumes e expectativas.

Segundo LARAIA (1986, p.103), a coerência de um hábito cultural somente pode ser analisada a partir do sistema a que se pertence; porém, como qualquer sistema cultural está em contínuo processo de modificação, as mudanças não ocorrem tranquilamente, “representam o desenlace de numerosos conflitos. Isto porque em cada momento as sociedades humanas são palco de embate entre tendências conservadoras e as inovadoras. As primeiras pretendem manter os hábitos inalterados, atribuindo a alguns hábitos culturais, muitas vezes, uma

legitimidade sobrenatural. As segundas, contestam certos hábitos e pretendem substituí-los por novos procedimentos.”

Ter compreensão deste processo à luz de significações e práticas próprias que o homem tem sobre a questão do adoecer humano permite adotar uma estratégia de intercâmbio de hábitos culturais (saber popular) e saber científico, onde cada um tem muito a aprender e ensinar através do diálogo mútuo e genuíno.

Conhecer e se utilizar de saberes populares é uma possibilidade de convivência informada interativa entre os homens e uma expansão da consciência sobre as questões da vida. Fazem parte de um legado de gerações manifestas pelas expressões de grupo e compõem-se de verdades que reforçam a aproximação entre as pessoas.

7.4.5 Desarmonia humana e com a natureza

Não será a natureza a grande mestra em harmonias? Muitos respondem que sim. Na onda rítmica do mar sobre falésias íngremes, em movimentos cadenciados, enérgicos e bravios, vem a água arrebentar-se sobre as rochas, numa explosão de imagens e sons que se modificam em intensidade, mas não no propósito.

Parece-me que o mar está a ensaiar estes movimentos, como um presente aos olhos dos homens, que podem chegar vedados, quietos e sorrateiros, e ainda

assim, na mente surgem as imagens do espetáculo mágico, porque pertence àquele lugar, como ao homem pertence a capacidade de deslumbrar-se com o que se lhe apresenta.

É neste recôndito, naturalmente harmonioso, do e para o homem, que na qualidade de ser enfermeira, busco a expressão **ter saúde** como um bem, uma sintonia íntima e envolta numa simbiose de gênese, surtida pela alma que enaltece o espírito dos puros, porque a eles pertence o sagrado significado do homem como parte da natureza que o cerca.

Como seria o desencontro neste cenário? Seria o mesmo que a desorganização da própria alma, um emaranhado sem fim de defrontos consigo, uma insatisfação que brota do âmago, tal como a água que escoar por entre rochas, na tentativa de ir de encontro ao mar.

O desencantado homem diante de tal cenário, equidistante em tempo e espaço da natureza, sofre as agruras no corpo, na mente e no espírito destoando-se da cadência rítmica que a natureza oferece.

Com reflexões semelhantes está WEIL (1993, p. 84):

A natureza é uma expressão de energia vital. Como seres humanos, somos parte dela ao mesmo tempo em que ela é parte de nós... integramos a natureza ao mesmo tempo em que ela nos integra. A arte de viver em paz com o meio ambiente consiste, então, em tornar o ser humano consciente de que ele é parte indissociável da natureza.

Tal consciência foi expressa no grupo como:

“Há desarmonia pelo desentendimento, confrontos, conflitos na família, no trabalho... levam a desmotivação que leva a falta de cuidado com você mesma, é a doença”.

A nós homens, frutos da terra, dos mares e de tudo que nos cerca, cabe a humildade para reverenciar quem nos abriga e nos protege: a sábia natureza. Ela nos ensina se dispostos nos curvamos para ouvir, ver, sentir e amar.

Comigo, nesta trajetória de reflexões estão alguns membros dos grupos que expressam sentimentos semelhantes quando relataram:

“Para não adoecer é preciso viver em harmonia com a natureza e consigo mesmo.”

Esta concepção de adoecer era, nos idos de 1859, defendida por NIGHTINGALE (1989, p. 14) como forma de cura das doenças pelo “processo restaurador que a natureza instituiu”, através do uso apropriado da aeração, iluminação, calor, higiene e outros. O ar puro era visto, por esta precursora da Enfermagem, como o primeiro e último princípio da atenção da enfermeira. Uma forma segura de provocar atmosfera saudável para o doente e a natureza agir para restaurar a saúde.

Também BARBOSA e col. (1993, p. 38) muito mais contemporâneas, abordam o processo saúde-doença, o homem e a natureza dentro do paradigma holístico, e a “saúde passa a ser considerada como resultante da harmonia entre meio ambiente, mente e corpo”.

7.4.6 Falta de amor

*Amor é vida; é ter constantemente
 Alma, sentidos, coração - abertos
 Ao grande, ao belo; é ser capaz de extremos,
 De altas virtudes, é capaz de crimes!
 Compreender o infinito, a imensidade,
 E a natureza e Deus; gostar dos campos;
 De aves, flores, murmúrios solitários;
 Buscar tristeza, a soledade, o ermo,
 E ter o coração em riso e festa;
 E à branda festa, ao riso da nossa alma
 Fontes de pranto intercalar sem custo;
 Conhecer o prazer e a desventura
 No mesmo tempo, e ser no mesmo ponto
 O ditoso, o misérrimo dos entes:
 Isso é amor, e desse amor se morre!*

.....
 (DIAS, Gonçalves. Se se morre de amor. In: Barbosa, Osmar. Os
 mais belos poemas de amor, 1986, p.23)

Poetas como Gonçalves Dias e tantos outros não poupam falar sobre o amor, que causa inquietação à alma e perturbação à mente.

Também reunidos em grupo falamos sobre o amor como: “A falta de amor e afetividade faz as pessoas, que vivem na solidão do espírito, adoecerem mais.”
 “Eu acho que as pessoas que não amam têm maior possibilidade de ficar doente.”

SIEGEL (1989) discorre sobre vários estudos científicos realizados, sobre a influência do amor no sistema imunológico e conseqüentemente diminuição da morbidade em doenças cardíacas, pulmonares e outras. A idéia consiste, segundo este autor, em amor como forma efetiva de vida digna, quanti e qualitativamente. Este sentimento de bem-querer interno é fonte inesgotável da alegria de viver

porque nos faz sentir bem de maneira franca e positiva, fundamental para se ter saúde.

Acredito que o amor é como alma gêmea siamesa do corpo, o penar de um resulta no penar do outro, não podem se separar porque não sobreviveriam. Juntos vivem em harmonia, propiciando um conjunto íntimo e indissociável.

Para CHALLONER (1990) o momento atual em que vivemos, em franco desamor, requer a compreensão de que grande parte do sofrimento ao nosso redor e dentro de cada um de nós, resulta simplesmente na falta da essência que se chama amor.

Perceber e sentir isto tudo compartilhadamente em grupo é o mesmo que estar atento à vida e tudo que nela há. Congratular-se pelo sentido de viver, não despojado de sentimentos como o amor, a ternura, o afeto, dão a conotação da riqueza, da dimensão e da profundidade do ser e estar no mundo.

Estes serão sempre os parceiros fiéis das relações do homem consigo mesmo, com os outros e com a natureza.

Por todas essas colocações estava, naquele grupo, relacionado o ser saudável e o amor, aparentemente uma conotação emocional, entretanto entendido que o homem é também um ser emocional e que em cada parte do seu ser está o todo. Como pensar no que faz o homem adoecer, sem pensar nas várias nuances do amor e sua influência no viver saudável das pessoas e grupos?

7.4.7 Sonhos não realizados

“Um sonho não realizado pode ser uma grande doença!”

Incisiva colocação esta! Uma sensação de certeza, de verdade me fez pensar quando ouvi esta frase e outras semelhantes, vinda de membros dos grupos. Pensei nos meus próprios sonhos não realizados, ao mesmo tempo que percebia o silêncio que reinou na sala. Todos tão atentos. Estarão também pensando como eu?

Há o que se revela e há o que se esconde. As respostas estão no mais íntimo do ser, nos sonhos possíveis e impossíveis, vindos da fértil imaginação humana, numa vertiginosa e complexa rede: retratam-se imagens na mente, os olhares tornam-se distantes, relaxam-se as expressões faciais, o corpo se solta e a mente vagueia.

Prodigiosa capacidade humana de abstração, pronta para dar asas ao infinito, carregando consigo quaisquer possibilidades humanas e sobre-humanas.

Esta rica característica do homem, por vezes negligenciada pelo estresse da vida moderna, ou mesmo pela desnutrição, desemprego, e tantas outras adversidades sociais, acirra o desejo de avançar, ir adiante, na esperança competitivamente saudável, consigo mesmo, de conseguir ir além, fazer e ser diferente do que foi e do que é.

São os sonhos que nos dão conta da realidade, até pelos contrastes, num balanço impulsionando os desejos por um lado e as necessidades do outro ao encontro do esperado, e inesperado.

A satisfação ou a frustração são insuficientes, porque estamos novamente indo em busca, numa desenfreada, contínua e dinâmica relação entre o real e o imaginário.

É inato ao homem, ser/com e no mundo, almejar continuamente o porvir, sejam caprichos românticos, sejam fantasias poéticas ou devaneios quaisquer, os sonhos pertencem-nos, como a alma pertence ao corpo.

Não serão as satisfações não realizadas, das vertiginosas criações da imaginação, a razão de tanto desconforto do homem, a tal ponto de agravar-lhe o corpo e o espírito?

Qualquer resposta não bastaria porque está no íntimo do coração do homem intrépido; aquele que permite uma íntima relação consigo mesmo e ouve-se no silêncio dos seus pensamentos; aquele que permite a vazão das emoções não tolhidas pela imperiosa razão. Com notável coragem e sensibilidade retrata-se para e por si só, tem a resposta e dela se apodera com inteireza e arrojo, dando novos caminhos ao seu trilhar pelo futuro.

As discussões no grupo se encaminharam, portanto, para fazer uma relação entre sonhar e ter esperança ou não e o viver saudável. Isto é parte de uma reflexão que as pessoas fazem a partir de suas experiências individualizadas, as quais se reunificam na oportunidade das relações sociais em grupo.

7.4.8 Saudade pela perda

— *“Uma coisa que aconteceu comigo mesmo, uma história com meu irmão, que eu era gêmeo com outro, né? Até a idade de nove anos. Aí veio a doença do irmão que era gêmeo comigo; aí ele morreu e eu fiquei “sentido” com a morte dele. Aí o que aconteceu? Aconteceu que eu fiquei um “meis” internado no hospital, por o motivo de ele ter ido e me deixado. Eu fiquei um “meis” internado no hospital pela “perca dele”. Eu lembro...aonde a gente ia “tava” os dois “junto”, fosse “passiá” ou saí, “joga” bola, sempre os dois “junto”.*

— *Quando você foi internado, o que disseram que você tinha?*

— *Uma boa pergunta! Ninguém “num falava” nada, nem “pros pais” ou pra mim mesmo.*

— *O que você sentia? Lembra-se?*

— *O que eu “sentia”? Dor de cabeça forte, sem vontade de “come”, fiquei “um par” de tempo assim.*

— *Você acha que ficou assim, por quê?*

— *Fiquei com saudade pela “perca” do meu irmão.*

— *Foi uma história marcante, até hoje você se lembra!*

— *Eu lembro “bem bastante” até hoje, a gente “se alembra” alguma coisa, como a gente era agarrado. Dizem que ele morreu de câncer. A saudade deixa a gente doente. A gente sofre de “mal que não está na carne”.*

Diante deste diálogo com um homem, durante as atividades em grupo, reporto-me a Martin Buber, citado por HYCNER (1995) quando trata de

expressões mútuas, advindas de experiências vividas, crenças, valores, linguagem e sentimentos, que constroem os conteúdos dos encontros, nos quais se retrata a realidade do cotidiano dos homens pelos saberes, cultura, atualidades e potencialidades.

Esta estrutura de encontro, em movimento de expressões e percepções, valorizando explicações multifatoriais para interpretar o adoecer do homem, alimenta o entendimento do ser humano e abre portas para o genuíno e o mútuo desejo de compartilhar interesses.

Estes interesses tornam-se claros à medida que o vínculo entre enfermeiro-indivíduo se configura, numa esfera de envolvimento que transcende o senso de realidade, porque toca em emoções desprovidas de qualquer construção do intelecto.

O evento do encontro, quando respeitada a mútua autenticidade de expressões, revela a natureza rica e variada que cada pessoa tem no seu todo, sendo possível identificar o que *torna-se necessário para a atuação do enfermeiro, como facilitador de ações que conduzem à emancipação do homem em relação a sua vida, saúde e doença.*

Situar o homem como elemento central das ações do enfermeiro é tão significativo como a disponibilidade para o diálogo. Estas duas atitudes, entre outras, determinam o caráter relevante do encontro e são estratégias de compromisso com/para o indivíduo quando se deseja mudanças significativas, que vão ao encontro da vida plena.

7.4.9 “Pressão da mente que passa para o corpo”

Só muito recentemente as influências sociais, econômicas e culturais sobre o adoecer do homem têm merecido particular atenção, embora ainda muito voltado às doenças mentais. O estudo sobre exteriorização somática de doenças está dentro de um modelo recente nas abordagens sobre vida/saúde/doença, num campo ainda pouco explorado e que avança paulatinamente.

CASTIEL (1994, p. 61, 85) escreve sobre esta questão como uma “problemática ontológica do humano: ser marcado pela consciência reflexiva de um corpo que sofre os efeitos de algo - seja chamado subjetividade ou psiquismo ou alma ou espírito ou mente... o homem mais na condição de espécie do que como indivíduo, se torna co-participante da criação de sua fisiopatologia.”

Na Enfermagem, particularmente, “um dos marcos teóricos mais utilizados neste século foi o modelo médico, o qual focaliza as manifestações de saúde e doença como um fenômeno orgânico, onde é dado ênfase nas desordens da estrutura e função do corpo humano”... Mais recentemente outros modelos vêm surgindo, alguns relacionados às variáveis psicológicas, outros ao modelo social, guiando os enfermeiros a “identificar as influências do meio ambiente na saúde... ou seja, influências de variáveis culturais nas manifestações individuais e/ou grupais.” (TRENTINI; SILVA, 1991)

Tais manifestações puderam ser identificadas em relatos em grupo: *“Acredito que os motivos que levam a pessoa a adoecer podem ser tanto físicos*

como psicológicos.” “Quando a mente não suporta mais a pressão passa para o corpo.” “A doença aparece se deixei afetar o meu interior...”

Estes relatos mostram que há uma gama de agressores ao corpo decorrentes de influências internas e externas e que o modelo linear: causa/efeito ou agente/doença não mais se sustenta, porque vem continuamente frustrando as tentativas de compreensão de diversas doenças.

Reconhecer as causas ambientais, culturais, psicológicas, sociais e econômicas que influenciam o adoecer, nos transporta para um paradigma multicausal no reconhecimento dos agravos ao ser saudável. Dissolve-se na mente o pragmatismo das partes: corpo/mente/espírito e ressurge o homem num todo único, dinâmico, complexo e ativo.

Independente de transformações sociais que influenciam e modificam comportamentos em relação à saúde, concentrar a atenção nas repercussões ao homem possibilita reconhecer, interpretar e lidar com as questões de vida/saúde/doença coerente com o modelo contemporâneo em saúde.

✕ Esta percepção, segundo MELLO FILHO (1983, p. 13), já fazia parte da prática de Hipócrates na medicina da Grécia antiga. A sentença de Hipócrates: “nada ao acaso; nada a ser visto por alto” caracteriza o sentido global de atenção ao indivíduo, inquirindo-o sobre queixas, circunstâncias, hábitos e condições de vida. Inicia-se então a prática de conversar com o indivíduo, e a doença passa a ser um “desequilíbrio nos humores corporais em consequência das disposições naturais do paciente ou temperamento, das influências do meio ambiental e das ações atuais do paciente”.

Mais recentemente CAPRA (1988) critica o modelo médico, também chamado de mecanicista de concepção cartesiana e retoma a importância do modelo de Hipócrates, apoiando a abordagem holística da saúde, retratada como um reflexo do estado do organismo inteiro e sua relação com o meio ambiente.

Reforçando esta crítica está SIEGEL (1989, p. 87) escrevendo que até o século 19 as obras escritas em saúde não deixavam de notar a “influência dos desgostos, do desespero ou do desânimo no desencadear de doenças e tampouco ignoravam os efeitos curativos da fé, da confiança e da paz de espírito”, contudo o modelo médico atual conquistou tanto poder sobre as doenças que se “esqueceu do potencial de força que há dentro do paciente.”

Nas práticas educativas com os indivíduos em pequenos grupos deste estudo enfatizou-se a abordagem holística sobre o adoecer humano e a categoria que ora apresento e outras que seguem, denotam os diversos condicionantes, sejam sociais, culturais, psicológicas e econômicas, que interferem na vida e saúde dos indivíduos.

Destaca-se aqui o valor de tais práticas ao desencadear, em conjunto com os indivíduos, a consciência crítico-reflexiva sobre seus processos de vida/saúde/doença diretamente relacionados ao meio ambiente que é a sua realidade concreta.

Além desta abordagem de teor mais holístico, CASTIEL (1994, p. 87) acrescenta que é fundamental o estabelecimento de uma relação de proximidade com o outro e “saber conduzir o tratamento para além do habitual discurso clínico-laboratorial, e funcionar como agente produtor de uma atmosfera

curativa.” Esta atmosfera designada por J. Last como “efeito halo” significa o efeito benéfico que a maneira, a atenção e o cuidado profissional do profissional de saúde tem em relação aos indivíduos, independente de qualquer procedimento técnico que exija contato físico.

Acredito que serão em práticas educativas com este teor que os enfermeiros e outros profissionais de saúde terão impacto social, no sentido de transformar as condições de saúde da população, numa autêntica emancipação do homem em direção à cidadania.

7.4.10 “O nervoso pela preocupação”

A verdade vai tornando-se aparente, tal como uma revelação, pela razão e pela emoção. Uma operação articulada e dinâmica.

Na razão há uma constante busca de originalidade, pela natural organização dos pensamentos; na emoção há o inesperado que se apresenta por diferentes sensações, que não terminam somente na formulação verbal, vão além deste conteúdo através de gestos, olhares, acenos e outros.

Se pensar faz a grandeza do homem, revelá-lo ao mundo somente pelo discurso verbal é impossível, pois fica destituído do fascinante recôndito das emoções, dos sentimentos e do inusitado.

Esconder-se na razão, omitindo as revelações do coração, sede das emoções, vem se tornando paulatinamente uma constante nas relações humanas, diferente de discursos, tal como este, vindo de um membro dos grupos: *“Fico doente por preocupação... sou muito ligado nos meus filhos... me ataca os nervos. O nervoso pela preocupação ataca o estômago.”*

Neste discurso há uma composição de aflições por situação de realidade, condicionando o homem a refletir sobre ela, formular verdades que somadas aos sentimentos e expectativas, geram uma revelação, por vezes, de sofrimento diante do que lhe se apresenta e o vivido torna-se, pela sua intensidade, uma rebeldia e fuga da racionalização.

O sofrimento, qualquer que seja, não é parte da natureza saudável do homem, opõe-se aos anseios e desejos de realização, debela a fantasia e o sonho, embora possa aconchegar-se na fé e na esperança.

No universo cultural em que vivemos, com sujeitos em suas próprias vidas e história, determinantes emocionais merecem significância real, afinal não estará apenas no discurso técnico-científico do homem, ser-pensante, o suporte para a compreensão e mediação de todas as ações do enfermeiro em defronto ao homem e seu cotidiano.

A racionalidade não é a única nem a mais adequada maneira de explicar o mundo social, especialmente quando se trata de apreendê-lo em seu acontecer concreto. Os enredos da vida humana particular e coletiva entrecruzam-se numa tal heterogeneidade que se torna impossível enclausurá-los nos esquemas conceituais de uma ciência unidimensional. (SANTIN, 1995, p. 12)

A sensibilidade na apreensão destas reflexões, tão significativas ao interapoio do enfermeiro aos homens em pequenos grupos, transcende a racionalidade e inspira ações concretas e legítimas na educação em saúde. Possibilita melhor entendimento sobre vida, saúde e doença e busca soluções compatíveis às necessidades de ambos, às situações que se apresentem.

7.4.11 Desinformação

Alguns relatos de membros de grupo, tais como: *“A pessoa não conhece, não sabe das coisas... a falta de informação faz até que as pessoas adoçam”*; *“Como eu preciso ter mais conhecimento para mim poder educar meu filho”*; *“Falta muito conhecimento sobretudo... não sei lidar com isto.”*, provocaram em mim reflexões sobre o papel do enfermeiro e a comunicação sobre saúde e doença.

Escrevendo sobre a utilidade da comunicação, BORDENAVE (1984) enfatiza que sem ela cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo. Com a comunicação as pessoas se relacionam entre si, transformando-se mutuamente e a realidade que as rodeia porque compartilham continuamente experiências, idéias e sentimentos.

Considerando que comunicação é um meio de se relacionar com as pessoas, dominar a técnica de se comunicar é uma estratégia necessária para se estabelecer vínculos necessários às ações de educação em saúde.

Há, pois, diferença significativa entre informar no sentido de dar notícia ou avisar e comunicar no sentido de entender-se, dialogar ou tornar comum.

Os relatos citados parecem carecer deste último tipo de comunicação, ou seja, as mensagens não foram oferecidas e/ou recebidas adequadamente.

Há práticas educativas em saúde onde acontece o exercício do monólogo ou do diálogo sem que, necessariamente, haja comunicação. A extensão e profundidade da fala de um não encontra compreensão do outro.

Não basta para o ouvinte: limpar a mente de ruídos e interferências do próprio pensamento; estar disponível para ouvir e tentar compreender; quando o conteúdo a ser comunicado não é interessante aos seus propósitos e necessidades, quando as estratégias para tratar do assunto são massantes e pouco criativas, não permitem o diálogo aberto e claro.

A comunicação torna-se um desafio, uma proeza quando passa a ser um ato de sabedoria entre duas ou mais pessoas. Esta habilidade, como um dos instrumentos básicos para a prática do enfermeiro, requer confiança, respeito, sinceridade e autenticidade que proporcionem um relacionamento que culmine em satisfação bilateral, entre os que estão em comunicação.

Palavras largamente abstratas, vazias e indefiníveis transformam-se em mera repetição da fala sem escrita. O dramaturgo Hugo Mengarelli escreve que se nós vivemos o século da imagem é porque a palavra tem estado em crise. Isto gera, conseqüentemente, insatisfações nas relações humanas pela falta do diálogo coerente com a realidade objetiva e de subjetividades que possam ser percebidas no cotidiano dos que se comunicam.

Para SANTIN (1995, p. 9) somente na aproximação direta “ao concreto cotidiano ou ao vivido aponta para uma comunicação, para um fazer em comum e para um sentir em comum, condições indispensáveis que garantem a fidelidade da compreensão das coisas que se quer traduzir em palavras e transformar em discurso”. Este discurso não definhará em esterilidade mas chegará à dramaturgia do cotidiano.

Especificamente na Enfermagem esta compreensão é significativa, tanto que STEFANELLI (1993, p. 15) refere-se à comunicação como algo mais que um instrumento básico de Enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico, “tem que ser considerada como capacidade ou ‘competência interpessoal’ a ser adquirida pela enfermeira (na atenção) às necessidades do paciente em todas as suas dimensões levando em consideração a sua cultura e ambiente.”

Como enfermeiros, educadores em saúde, temos na comunicação o elo que nos une, por interesses recíprocos, na busca de melhores condições de vida e saúde, só alcançados, contudo, através do franco, aberto e genuíno diálogo. Tal diálogo é aquele que favorece a inter-relação e o inter-apoio, despojado de pré-julgamentos e rico em autenticidade, interesse, disposição e proximidade com outro.

Ser-com no mundo exige do enfermeiro posturas e atitudes prontas ao diálogo com o outro, que é o elemento central e determinante de todas as suas ações. Só assim conhece, compreende, interpreta e atua na realidade das situações de vida/saúde e doença que se apresenta.

7.4.12 Falta de cuidado consigo mesmo

Para BUSCAGLIA(1982) o problema de deixarmos nossas vidas nas mãos de outras pessoas é o de não assumirmos a responsabilidade de escolher e definir a nossa própria vida. Embora forças de ação internas e externas nos influenciem diretamente, o importante é como reagimos pessoalmente a estas forças, tendo em vista a responsabilidade e o dever que temos de nos tornarmos o que somos.

Uma dentre tantas forças externas que tolhem a liberdade do indivíduo, em colaborar no seu próprio cuidado, está em posturas de profissionais de saúde em ditar regras e normas de comportamento aos indivíduos por eles atendidos.

No intuito benévolo e caritativo, ou ainda, ao contrário, de poder e obediência, a possibilidade de ajuda e aconselhamento tornam-se impeditivas nas decisões próprias do indivíduo, quanto as suas questões pessoais de vida, saúde e doença.

Embora estas posturas estejam ainda no cotidiano de algumas práticas educativas em saúde, outras situações também influenciam o auto-cuidado. Para Dorothea Orem, citada por GEORGE et al. (1993, p. 91), “as capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado... acham-se condicionados pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis.”

Estas colocações reportam-se aos membros do grupo quando disseram: *“As pessoas adoecem porque não se cuidam”*. *“A doença é falta de não ter cuidado consigo mesmo.”* *“A gente acaba esquecendo da gente mesmo.”*

Estas “falas” demonstram uma tomada de consciência séria e comprometida para consigo mesmo. Apesar de naturalmente as pessoas cuidarem-se voluntariamente, a atenção dispensada nem sempre corresponde às necessidades exigidas pelo corpo, mente ou espírito.

A consciência de que as atribulações do cotidiano podem tomar a dianteira fazendo-se prioridade é percebida somente num exercício contínuo da persistência de responsabilizar-se pelo seu bem-estar, pela sua capacidade de autocuidar-se antes que adoça. É bem verdade que determinantes da estrutura político social se refletem ao nível do autocuidado, entretanto este é quase sempre visto na razão direta do empenho pessoal ou da displicência individual.

Como o autocuidado está baseado em ações voluntárias, onde o indivíduo dá a direção deste comportamento na tomada de decisão, a fim de manter sua saúde, seu bem-estar e sua própria vida, as ações de educação voltadas à realidade concreta do sujeito encontram afinação nos anseios de inter-apoio conjunto, porque estarão em relação direta às crenças, aos hábitos, às práticas culturais e aos costumes do grupo ao qual o indivíduo pertence.

Existem, ainda, algumas práticas educativas vigentes, que não valorizam o empenho efetivo do indivíduo no desenvolvimento de suas responsabilidades pessoais, quanto ao seu bem-estar pessoal. São práticas paternalistas, desprovidas do exercício mútuo de discutir realisticamente as questões de saúde e doença que

se apresentam; restringem-se a determinar comportamentos supostamente considerados adequados, sem a participação efetiva e comprometida do outro. Tal situação é agravada quando determinado comportamento não atinge os propósitos esperados e a culpa recai somente sobre o indivíduo acometido, desmerecendo assim a sua real capacidade de interagir nos seus próprios processos.

Somente em práticas educativas baseadas no diálogo genuíno, no compromisso com e para o outro, na responsabilidade bilateral e no desejo sincero de fazer-se profissional competente e comprometido, é que conseguiremos avançar em direção à humanização na assistência à saúde, sem contudo desprezar todas as possíveis influências sobre os modos de viver e ser saudável de cada um.

7.4.13 Temas : Carências/necessidades de bases fisiológicas

As categorias que compõem esta culturálise, sobre o adoecer humano, fizeram parte de relatos em todos os grupos.

Estes relatos foram pontuais, sucintos e repetitivos, tais como: *“Excesso de alimentação não é saudável.” “Embutidos e enlatados são perigosos.” “O álcool (bebidas alcoólicas) faz a gente adoecer.” “A gente adocece pela vida sedentária”*, e outros com teores semelhantes, parecem demonstrar informações recebidas pelos veículos de comunicação em massa, que são de um modo geral, acríticos e impositivos.

Independente do tipo de informação relatada, foi possível identificar a preocupação das pessoas em relação à saúde, visto que tal fato apareceu em todos os grupos.

Diante das situações citadas há um agravante, trata-se de um estudo sobre as Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos, pesquisa feita pelo Ministério da Saúde (1991). A análise dos dados antropométricos coletados mostra um panorama das condições de saúde da população brasileira bastante preocupante. A partir da última década o perfil epidemiológico, entre adultos e idosos, apresenta um acréscimo das doenças crônico-degenerativas, 40% da mortalidade total, ou sejam: hipertensão, diabete, doenças isquêmicas e alguns tipos de câncer. A instabilidade econômica vem dificultando o custo de vida e diminuindo o poder de compra; a direção de vida está cada vez mais sedentária, decorrente de ocupações com baixa atividade física; o pouco tempo disponível ao lazer e a modernização dos processos produtivos, vem transformando a forma de viver de grande parte da população brasileira na direção à exposição crescente àquelas doenças.

Transformar entendimentos em atitudes é um processo de aprendizagem, que vai sendo incorporado através da conscientização de riscos e desejo de viver saudável. Normas podem ser ditadas, seja pela mídia ou pelos profissionais de saúde que determinam alguns comportamentos, mas a absorção, acomodação, aceitação e tomada de decisão é outro passo largo para novas atitudes.

Somando-se a forma como os grupos se expressaram em relação às condições de trabalho estressante e sedentário e outras influências relatadas, a

questão do ser-saudável demonstrou-se como sério e grave. Esta temática merece uma especial atenção nas futuras abordagens em práticas educativas, visto que, este estudo não esgotou a problematização, direcionada à repadronização cultural proposta por LEININGER (1985), no sentido de ajudar os indivíduos a modificar padrões significativos de vida e saúde para padrões mais saudáveis.

7.5 Reflexões sobre a Culturanálise

A Culturanálise descrita até o momento acena com aspectos internos e externos desencadeadores do adoecer do homem, interagente com as influências do meio, condicionadas pelas crenças, valores, experiências e ações dos indivíduos. A composição destes condicionantes revelou significados próprios à questão norteadora deste estudo: “Por que as pessoas adoecem?”

Estes significados, relatados e discutidos em grupos, surgiram a partir do poder reflexivo de cada um e da disponibilidade proporcionada pelo diálogo, em revelar suas convicções pessoais.

Dentre estas convicções pessoais sobre o adoecer, surgiram relatos desencadeadores já conhecidos e bem divulgados, tanto em práticas de educação em saúde tradicionais como também aqueles mais veiculados pela mídia, a saber: alimentação incorreta, excesso de trabalho, falta de cuidado consigo mesmo e outros.

São significados emergentes de uma realidade objetiva, entendida enquanto campo de visão sobre si e sobre o mundo com implicações menos profundas. Estes significados são vistos, de um modo geral, pelos profissionais de saúde, como necessidades físicas e eventualmente emocionais, mas dentro de uma perspectiva voltada ao modelo causa-efeito em saúde, cujas variáveis são quantitativas e regidas pela ótica racional.

Este sentido de abarcar o adoecer, dentro de padrões determinados por causa e efeito, é criticado por JUNG e WILLHELM(1992,p.26). Para estes autores é necessária “uma reação contra o predomínio insuportável do intelectualismo que prejudica a alma quando pretende usurpar a herança do espírito ... que representa algo mais elevado do que o intelecto”.

Tais críticas são relevantes porque as práticas assistenciais com ênfase nesta racionalidade científica fazem parte, ainda, do cotidiano de atividades de educação em saúde, apesar de representar pouco impacto social, no sentido da co-participação dos indivíduos em transformar hábitos de vida por outros mais saudáveis.

Houve também expressões que resultaram em temas com convicções íntimas de teor mais subjetivo, aquelas percepções de fundo, que revelaram formas mais autênticas de pensar e sentir os agravos à saúde do homem.

Dentre estas significações, entrecortadas de sentimentos profundos e emoções sinceras, surgiram expressões ricamente partilhadas entre os membros dos grupos, tais como: sonhos, saudade, preocupação, amor, competitividade, sobrenatural e outros.

Estas e outras significações semelhantes, construídas a partir de um processo reflexivo/crítico/dialógico tem proximidade com a Teoria do Cuidado Transcultural de M. Leininger, que trata das influências de crenças, valores e práticas culturais nos estados de saúde e doença das pessoas. Os conflitos e estresses culturais podem ser um ponto crítico em direção a doenças físicas e mentais e os enfermeiros podem ajudar as pessoas, se compreenderem seus valores e crenças culturais. (LEININGER,1985)

“Como a Enfermagem é essencialmente um serviço de cuidado ao ser humano”, realiza uma diversidade de cuidados aos indivíduos ou grupos, para amenizar ou melhorar as condições humanas de vida , de forma que se ajuste às crenças, valores, modos de vida das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido. (LEININGER,1985, p.225).

Toda a proposta problematizadora do Processo de Enfermagem neste estudo, foi ao encontro desta influência transcultural para o cuidado de inter-apoio aos grupos. A Análise de Conteúdo mostrou uma variada gama de possibilidades quanto ao adoecer do homem, resultado das percepções dos indivíduos inseridos numa estrutura social, política, econômica e cultural, que dialogicamente desencadeou um processo reflexivo/crítico, culminando em significações próprias sobre saúde/doença.

Estas significações, decorrentes das influências desta estrutura, deram direção à diversidade de ações de inter-apoio, proposta por Leininger de três modos: preservação cultural do cuidado, que são ações para preservar ou manter um estado de saúde; acomodação cultural de cuidado ou negociação para um

estado satisfatório ou benéfico de saúde; repadronização cultural do cuidado ou reestruturação” para modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que dêem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis”. (GEORGE e col., 1993, p.289).

A repadronização cultural proposta aos grupos foi no sentido de reconstrução de suas próprias sínteses reflexivas e devolvidas ao grupo, a partir do que foi dito, sentido e percebido. Esta perspectiva de cuidado, através do inter-apoio, pode fazer diferença na forma como as pessoas consideram a vida e mantêm a saúde.

Todas as ações de inter-apoio dirigiram-se no sentido de “superar as dualidades clássicas” que separa “corpo e mente, indivíduo e sociedade, saúde e doença” e compreender o homem em sua totalidade dinâmica com o mundo. Ações que se caracterizam pela prevenção e promoção à saúde a partir das expectativas, potencialidades, respeito a crenças, valores e práticas em saúde, através da “negociação interacional”, onde o diálogo reflexivo promove a conscientização do cliente para as práticas de saúde que lhe estão trazendo “mal viver”, gerando necessidade de transformação dessas práticas, sem agredir o cliente, suas crenças e valores. (PATRÍCIO, 1993, p. 73, 76)

8. VOLTANDO AO COMEÇO - Inspirações reflexivas

Ao concluir este trabalho, retorno ao objetivo central deste estudo, qual seja o de desenvolver uma abordagem alternativa para a prática assistencial do enfermeiro, na dimensão de educação em saúde, que considere valores, crenças e experiências de indivíduos, como essência do trabalho educativo a grupos sociais.

Esta metodologia considerou conhecer o homem, através de seus valores, suas crenças e experiências pessoais, a essência do trabalho educativo a grupos sociais, especificamente a indivíduos na função de bancários, reunidos em pequenos grupos, no próprio local de trabalho.

A condução a este objetivo geral foi possível pelo entendimento, durante o Curso de Mestrado, de pensar a prática para a construção do Marco Conceitual, interligá-lo a uma teoria de enfermagem e ainda, neste estudo em especial, também a abordagem de uma teoria pedagógica da problematização, para a seguir, estruturar e operacionalizar o Processo de Enfermagem da Prática Assistencial.

Este caminho reflexivo-teórico-prático de pensar a prática assistencial de Enfermagem é enfatizado por PAIM e TRENTINI(1993).Estas autoras expressam a convicção de que desenvolver conceitos que emergem da prática, relacioná-los

entre si de maneira organizada , entender e interpretar o pensamento de uma teoria e finalmente saber interligar conceitos referindo teoria, de maneira que possam ser operacionalizados, são estratégias de instrumentalização dos enfermeiros para unir teoria-prática de modo sistematizado, gerando mais qualidade na assistência e prazer no trabalho transformador.

Para este capítulo (in)conclusivo, retomo também esta trajetória, tomando de referência os questionamentos que conduziram a construção do Marco Conceitual.

As questões, depois de reformuladas, são as seguintes:

A Prática Assistencial foi dirigida a quem?

Onde ela se deu?

Qual foi o propósito desta Prática Assistencial?

De que forma foi operacionalizada?

Quem a realizou?

A medida que respondo a estes questionamentos tenho a intenção de sintetizar e refletir sobre as fases de trajetória da Prática Assistencial.

Ao primeiro questionamento respondo que a Prática Assistencial foi dirigida no sentido de conhecer o homem, quanto as suas questões de vida/saúde/doença,nos trabalhos educativos em pequenos grupos. Esta característica vital da natureza humana, de reunir-se em pequenos grupos, mostrou-se um espaço significativo para trocar experiências, compartilhar vivências e saberes.

Mostrou-se também intimista e facilitadora na liberdade de expressões dos indivíduos, que relataram uma diversidade de significações próprias, quanto ao adoecer do homem. Uma demonstração de relação íntima consigo mesmo, com o momento histórico e espaço sócio-político-cultural que ocupam. Esta diversidade demonstrou ainda, que o adoecer acomete o homem como um ser total e singular, tornando-se uma experiência única para quem o vive.

As reuniões de grupo deste estudo, respondendo ao segundo questionamento, ocorreram nas práticas sociais dos indivíduos, nos próprios locais de trabalho.

Embora as pessoas nestes grupos trabalhados exercessem funções laborativas que não favorecessem tão amplamente a criatividade, a iniciativa e o pensamento autêntico, o agir educativo problematizador, provocado durante o Processo de Enfermagem, facilitou a reflexão e o exercício de trocar experiências. Isto levou os indivíduos nestes grupos a encaminhamentos de sínteses próprias, quanto à questão do adoecer humano.

Reflico então que, sejam quais forem as atividades que o homem desenvolva nos grupos sociais, o seu poder criador/crítico/reflexivo emerge quando lhes é proporcionada a oportunidade de se expressar clara e genuinamente, o que passa a significar uma possibilidade que tende a ser compreendida para além dos momentos de uma reunião.

Para FREIRE (1975, p.89, 96) o agir educativo problematizador possibilita ao homem a “discussão corajosa de sua problemática”, fazendo frente aos “movimentos de pânico quando soe a hora do desaparecimento de muitos de

nossos hábitos mentais” para assumir “posturas conscientemente mais críticas diante da vida” sobretudo para mudanças de atitudes necessárias às condições novas da realidade. Visto por este prisma criativo e inventivo a educação problematizadora provoca permanente relação do homem com o mundo tornando-se um ato de amor e coragem.

Quanto ao propósito desta Prática Assistencial, intencionalmente, foi a educação em saúde como um espaço a contínua e mútua aprendizagem e desenvolvimento da criatividade pela co-participação de todos os envolvidos.

A educação em saúde foi desenvolvida de forma problematizadora/dialógica, mostrando-se um processo de trabalho humanístico e solidário ao inter-apoio entre os indivíduos, para a construção de um pensar autêntico e tomada de consciência da realidade.

Tomou-se como uma aproximação desta realidade a referência aos valores, às crenças e às experiências dos indivíduos, expressas nos grupos, quanto as questões de vida/saúde/doença. Por sua vez, a operacionalização desta educação em saúde seguiu os passos do Método do Arco de Charles Maguerez (adaptado), tal como descrito neste trabalho no capítulo Processo de Enfermagem.

Com este Método foi possível o exercício de não emitir fórmulas mas aprender a perguntar e obter respostas singulares, que conduziram ao pensamento mais autêntico sobre o adoecer humano.

As ações e decisões, durante as fases do processo de Enfermagem, foram tomadas em conjunto, mediadas por um diálogo claro e genuíno que estabelecemos juntos nos grupos, como um pré-acordo. Procurei agir como

facilitadora ,buscando as similaridades de “falas” dos indivíduos,recolocando uma questão ou outra para clarear a problematização emergente no grupo. Esse processo culminou em acumuladas discussões face a questão norteadora deste trabalho e o grupo se envolveu, gerando uma diversidade de manifestações verbais e não verbais , as quais continham causas ao adoecer humano.

Esta multicausalidade encontra-se com um caráter holístico nesta proposta metodológica, valorizando assim o entendimento do homem como um ser total em comunhão com o ambiente.

Nesta coerência LEININGER (1985, p.265) escreve que “há uma relação próxima e identificável entre os padrões de vida,ambientes e linguagens do ser humano e as características da estrutura social (valores políticos, econômicos, religiosos, educacionais, tecnológicos e culturais) que influenciam os resultados das práticas de cuidado de Enfermagem”.

Especificamente para este estudo, as práticas de cuidado com estas dotações foram realizadas pelo enfermeiro, dentro da.proposta de Enfermagem Transcultural de Leininger, que “focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à Enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores culturais e contexto saúde-doença”. (GEORGE et al., 1993, p.286).

Ao refletir sobre quem realiza esta Prática Assistencial, procuro enfatizar que o processo de trabalho do enfermeiro requer essa dimensão de prática educativa em saúde,e se mostra aqui como possibilidade concreta do trabalho autônomo da profissão; da realização profissional pela participação efetiva na

socialização do homem; do desenvolvimento do poder criativo, inovador e de contribuição para a mútua aprendizagem.

Sendo a educação em saúde um processo de trabalho contínuo e dinâmico, o avanço desta proposta fez com que eu refletisse sobre algumas questões próprias destas vivências de grupos, quais sejam:

- A real identidade do cenário, para as ações de educação em saúde, requer do enfermeiro atitude despojada de pré-julgamentos, diante de expressões advindas dos indivíduos. Esta atitude mostrou-se significativa para facilitar um clima de confiança, respeito e compreensão, motivando sentimentos de independência para opções e decisões em dialogar.

- Como a natureza humana é rica e variada, identificar o que se mostra e o que se esconde nas expressões dos indivíduos, através de um método problematizador, onde se aprende a perguntar e obter respostas singulares da realidade, mostrou-se uma estratégia facilitadora na condução de questões sobre vida/saúde/doença nos grupos. .

- Um grupo democrático, como se desejou nesta prática educativa em saúde, implicou em: dividir responsabilidades, assegurar que todos estivessem de acordo em discutir e analisar a temática proposta e encaminhar as discussões para um diálogo mútuo.

- Implicar-se pessoalmente com o grupo, demonstrando disponibilidade, disposição, aceitação e valorização pelo que estava sendo realizado favoreceu o inter-apoio nos trabalhos em educação em saúde. Esta postura atenta e aberta foi um propósito pessoal, para levar a efeito uma metodologia mais humanista e

reconhecidamente solidária na convivência de nossas relações sociais juntos em grupos.

Estas posturas e atitudes percebidas e sentidas nas dinâmicas de grupo convergem para uma convicção pessoal, de que nas práticas educativas em saúde é necessário um espírito de cooperação que revele potencialidades mútuas dos enfermeiros e indivíduos, buscando juntos uma identidade sócio-cultural coerente com a realidade do cotidiano. Isto resulta num posicionamento reflexivo-crítico face o mundo, às estruturas, à cultura e à história.

Tal posicionamento tem em vista o bem comum dos indivíduos em grupos, pelo engajamento a este propósito, mobilizado para um compromisso de sucessivas aproximações pensadas e sentidas com o outro. Desta forma, as relações sociais implicam em educarmo-nos em grupos e este trabalho coloca à prática assistencial em saúde, com grupos de indivíduos, como um caminho para ser vivido:

ENgajamento do Enfermeiro no compromisso com o outro,

CONsciência do Enfermeiro para a realidade objetiva e subjetiva do outro e seu contexto social, político, econômico e cultural.

TROca mútua e genuína do Enfermeiro, em seu conhecimento humanista/científico/técnico com o outro em sua história e realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, N.P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. **Rev. Paul. Enfermagem**, São Paulo, v.3, n.5, p. 174-179, out./dez, 1983.
- ALMEIDA, M.C.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo : Cortez, 1986.
- ARGYLE, M. **A interação social - relações interpessoais e comportamento social**. Rio de Janeiro : Zahar, 1976.
- BARBOSA, M.A. et al. Reflexões sobre a mudança de paradigmas e a adoção das terapias alternativas no Brasil do século XX. **Texto Contexto. Enfermagem**. Florianópolis, v.2, n.2, p. 33-44, jul/dez. 1993.
- BARROS, S.M.P.F. Enfermagem Social — seu objeto de trabalho. **In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33., 1991: Manaus. Anais...** ABEN:Manaus, 1991.
- BASTOS, L.; PAIXÃO, L.; FERNANDES, L.M. **Manual de Orientação para Elaboração de Projetos Científicos, Relatórios de Pesquisa, Teses e Dissertações a Mestrados e Doutorados**. Rio de Janeiro:Zahar Editores, 1981.
- BECKER, F. O que é Construtivismo. **Rev. Educ.** n.83, abril, junho, 1992.
- BORDENAVE, J.E.D. **O que é Comunicação**. São Paulo : Brasiliense, 1984.
- _____. Alguns fatores pedagógicos. **Capacitação pedagógica para instrutor supervisor área de saúde**. Brasília:Ministério da Saúde, 1989.
- BORDENAVE, J.E.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis : Vozes, 1991.
- BUHLER, W. **Higiene Social: forças curativas do pensar**. São Paulo : Associação Beneficente Tobias, 1987.

- BUSCAGLIA, L. **Vivendo amando e aprendendo**. Rio de Janeiro : Record, 1982.
- CAMPEDELLI, M.C. et al. **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo : Ática, 1989.
- CAPRA, F. **Sabedoria incomum**. São Paulo : Cultrix, 1988.
- CARVALHO, V.; CASTRO, I.B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental - um ponto de vista. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v.38, n.1, jan./mar. 1985.
- CASTIEL, L.D. **O Buraco e o Avestruz - A singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papyrus, 1994.
- CHALLONER, H.K. **O caminho da cura - descobrindo o potencial da alma**. São Paulo : Pensamento, 1990.
- DAVINI, M.C. Do processo de aprender ao de ensinar. **Capacitação pedagógica para instrutores superior - área de saúde**. Brasília:Ministério da Saúde, 1989.
- DAVIS, J. **Produção do grupo**. São Paulo : Blücher, 1973.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo : Cortez, 1992.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1975.
- _____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1983.
- GAHAGAN, J. **Comportamento Interpessoal de grupo**. Rio de Janeiro : Zahar, 1976.
- GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2.ed. São Paulo : Cortez, 1985, p.55.
- GONZAGA, F.R.S.R. O processo educativo em saúde como prática assistencial: Relato de Experiência. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v.1, n.1, p.116-136, jan./jun., 1992.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

- HYCNER, R. **De Pessoa a Pessoa - Psicoterapia Dialógica**. São Paulo : Summers, 1995.
- HOLANDA, A. Correlações entre o pensamento de Martin Buber e a prática da psicoterapia. **Rev. Insight**, abr., 1995.
- IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C. Saúde e educação enquanto práticas sociais. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.24, n.2, p.225-236, ago., 1990.
- ILLICH, J. **A expropriação da saúde: nemêsis da medicina**. 2.ed. São Paulo : Nova Fronteira, 1975.
- JUNG, C.G. e WILHELM, R. **O segredo da flor de ouro: um livro de chinês**. Pe-trópolis : Vozes, 1992.
- KIENTZ, A. **Comunicação de massa: análise de conteúdo**. Rio de Janeiro : Eldorado, 1973.
- KUENZER, A.Z. **Pedagogia da fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador**. São Paulo : Cortez, 1985.
- KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo : E.P.U., 1991.
- LAGANÁ, M.I.C. A educação para a saúde: o cliente como sujeito da ação. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v.23, n.1,p.149-152, abr. 1989.
- LANE, S.T.M.; CODO V. **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo : Brasiliense, 1986.
- LARAIA, R.B. **Cultura - um contexto antropológico**. Rio de Janeiro : Zahar, 1983.
- LAURELL, A.C. A Saúde - Doença Como Processo Social. **Rev. Latinoamericana de Salud**, México,n.2,p.7-25, 1982.
- LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde - Trabalho e desgaste operário**. São Paulo : Hucitec, 1989.
- LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. **In.:** SIBRAPEM,1, 1985, Florianópolis, **Anais...Florianópolis**, 1985.
- LEOPARDI, M.T. Para além do trabalho alienado: a utopia de ser saudável. **Texto Contexto. Enfermagem**, Florianópolis, v.1,n.2,p.70-75, jul./dez. 1992.
- LEOPARDI, Maria Tereza et al. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem. Uma aproximação com instrumentos de trabalho.

- In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais...** ABEn, SC: Florianópolis, 1989.
- LESCURA, J.; MAMEDE, M.L. **Educação em saúde - abordagem para o enfermeiro.** São Paulo : Sarvier, 1990.
- LIBANEO, J.C. **Democratização da escola pública - a pedagogia crítico-social dos conteúdos.** São Paulo : Loyola, 1985.
- MADUREIRA, V.S.F. **Eu, você - nós: co-partícipes no educar.** - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994 Dissertação (Mestrado em Enfermagem).
- MAILHIOT, G.B. **Dinâmica e gênese dos grupos.** São Paulo : Duas cidades, 1991.
- MELLO F^o., J. **Concepção Psicossomática - Visão Atual.** Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1983.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Capacitação Pedagógica do Monitor do treinamento de pessoal na sala de vacinação.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- _____. **Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos.** Brasília, 1991.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Segurança e Medicina do Trabalho.** São Paulo : Atlas, 1995.
- MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino: as abordagens do processo.** São Paulo : EPU, 1986.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem. O que é e o que não é.** São Paulo : Cortez, 1989.
- OPAS/OMS. **Oficina de Trabalho: Reflexão crítica sobre a prática pedagógica nos processos de capacitação nos serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, jun., 1993.
- PAIM, L.; TRENTINI, M. **Tudo além do modelo médico - Uma experiência de ligação teoria-prática na Assistência de Enfermagem. Texto Contexto. Enfermagem.** Florianópolis, v.2,n.1,p.13-32, jan./jun., 1993.
- PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávi-grávida solteira e seu recém-nascido, através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)

- _____. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado / propondo o cuidado (holístico). **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2,n.1,p.67-81, jan./jun., 1993.
- REMEN, R.N. **O paciente como ser humano**. São Paulo : Summus, 1993.
- ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.
- SANTIN, S. **Ética e Estética na Educação e na Saúde**. Trabalho não publicado Santa Maria (RS), 1995.
- SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 21.ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- _____. **Pensando a educação (Ensaio sobre a formação do professor e a política educacional)**. São Paulo : UNESP, 1989. p.23-33.
- _____. **Pedagogia histórico-crítica - primeiras aproximações**. São Paulo : Cortez, 1992.
- SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Reestruturação Curricular do Ensino de 2º Grau no Paraná. **Habilitação Auxiliar de Enfermagem**. Paraná, 1992.
- SHINYASHIKI, R. **Sem medo de vencer**. São Paulo : Ed. Gente, 1993.
- SIEGEL, B. **Amor, Medicina e Milagres**. São Paulo : Best Seller, 1989.
- SILVA, M.E.K. et al. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.45,n.1,p. 54-59. jan/mar. 1992.
- SOPRANO, A.T.B. **O Princípio Educativo no Trabalho do Enfermeiro**. Dissertação de Mestrado. Setor de Educação, UFPr. Curitiba, 1995.
- SOUZA, M.F. de Referencial teórico. **Rev. Esc. USP**, São Paulo, v.18,n.3,p. 223-234, 1984.
- STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente - Teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.
- TOSCANO, M. **Introdução à sociologia educacional**. Petrópolis : Vozes, 1987.
- TRENTINI, M. e SILVA, D.G.V. Marcos Conceituais e Diagnósticos de Enferma-gem. Trabalho apresentado no 1º. Encontro Brasileiro de Diagnóstico de Enfermagem. São Paulo, 1991.

VASCONCELLOS, E. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo : Hucitec, 1991.

VASCONCELLOS, C.S. Metodologia dialética em sala de aula. **Rev. Educ. AEC**, n.28, abr./jun., 1992.

VIETTA, E.P. Marco conceitual para a prática de enfermagem social: contribuição para base de uma teoria de enfermagem. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v.6,n.4, out/dez., 1986.

WEIL, P. **A arte de viver em paz**. São Paulo : Gente, 1993.

WRIGHT, M.G.M. Metodologia de elaboração das bases de um Marco Conceitual: Relato de uma experiência. In: SEMINÁRIO NACIONAL - O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO,1,1987. Ribeirão Preto **Anais...EERP-USP**: Ribeirão Preto, 1987.