

**MARISTELA HOLZBACH TAGLIARI**

**A ENFERMAGEM PROMOVENDO O EDUCAR-CUIDAR:  
transpondo limites e identificando possibilidades para a atenção à saúde da  
família**

**FLORIANÓPOLIS  
Novembro/2001**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**A ENFERMAGEM PROMOVEDO O EDUCAR-CUIDAR:  
transpondo limites e identificando possibilidades para a atenção à saúde da  
família**

MARISTELA HOLZBACH TAGLIARI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADOR: Dra. ZULEICA MARIA PATRICIO

Florianópolis, novembro de 2001.

---

T126e Tagliari, Maristela Holzbach

**A enfermagem promovendo o educar cuidar :  
transpondo limites e identificando possibilidades para a  
atenção à saúde da família / Maristela Holzbach Tagliari ;  
orient. Zuleica Maria Patrício. – Florianópolis : UFSC,  
2001.**

111 p.

**Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de  
Santa Catarina, 2001**

1. Enfermagem – prática profissional 2. Universidade de  
Passo Fundo - Curso de Enfermagem 3. (PSF) Programa de  
Saúde da Família – Passo Fundo I. Patrício, Zuleica Maria,  
Orient. II Título

CDU 378:616-083

---

Catálogo na fonte: Bibliotecária Elisângela da Silva Rodrigues CRB-10 prov.  
22/2001

Novembro/2001

**A ENFERMAGEM PROMOVENDO O EDUCAR-CUIDAR:**

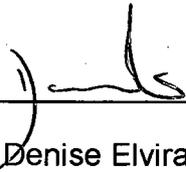
**transpondo limites e identificando possibilidades para a atenção à saúde da  
família**

**MARISTELA HOLZBACH TAGLIARI**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

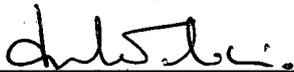
**Mestre em Enfermagem**

E aprovada na sua versão final em 21/11/2001, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

  
Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_

Dra. Zuleica Maria Patrício (Presidente)

  
\_\_\_\_\_

Dra. Maria Itayra de S. Padilha (Membro)

  
\_\_\_\_\_

Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves (Membro)

  
\_\_\_\_\_

Dra. Flávia Regina Ramos (Membro  
Suplente)

\_\_\_\_\_  
Dda. Marta Inez Machado Verdi (Membro Extra em Formação)

## **AGRADECIMENTOS**

“Há alguns que nos falam e não ouvimos, há uns que nos tocam e não sentimos. Há aqueles que nos ferem e nem cicatrizes deixam. Mas há aqueles que simplesmente vivem e nos marcam por toda a vida”.

A todos aqueles que, pelo “seu viver,” oportunizam o “meu viver”, especialmente os que, pelo seu estímulo, pela sua presença e pelo seu compartilhar, percorreram comigo este caminho e, acima de tudo, as professoras Dra. Lúcia H. Takase Gançaves, Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha e Dda. Marta Inez Machado Verdi que, com sua disponibilidade, seu diálogo e suas reflexões, adubaram a semente para concretizar um desejo de melhora.

Muito especialmente a Dra. Zuleica Maria Patrício que, por acreditar nas possibilidades do ser humano, me acolheu e me conduziu nesta caminhada, com razão e sensibilidade.

OBRIGADA

## RESUMO

Este estudo, realizado no período de outubro a dezembro de 2001, apresenta uma experiência desenvolvida com alunos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, que realizavam seu estágio curricular junto ao Programa de Saúde da Família, e enfermeiros integrantes do mesmo programa naquela cidade. Objetivou desenvolver um processo reflexivo e crítico acerca dos limites e possibilidades na prática educativa-cuidativa com as famílias. Para o desenvolvimento do trabalho, foi construído um marco conceitual fundamentado na proposta pedagógica de Paulo Freire. Esse referencial foi aplicado dentro de uma metodologia qualitativa, através de um processo de ação-reflexão orientado pelo itinerário de pesquisa de Paulo Freire, envolvendo os quatro passos inter-relacionados propostos por ele. Dentro de um espaço denominado Círculo Terapêutico e pelas entrevistas realizadas com cada participante, foi possível levantar e discutir os temas geradores relacionados ao processo de educar-cuidar. As vivências dentro do Círculo Terapêutico possibilitaram, numa articulação entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho, transpor limites e identificar possibilidades, pela construção de novos saberes e fazeres na prática educativa-cuidativa com as famílias.

## **ABSTRACT**

### **NURSING PROMOTING EDUCATE CARE:**

**Transposing limits and identifying possibilities to the attention of the family's health.**

This study realized from October to December of 2001, presents an experience developed with nursing students of the Passo Fundo University, Rio Grande do Sul, that made their period of training in the Health Family Program, and nurses that worked in the same program in that city. This materialized to develop a reflexive and critical process of the limits and possibilities in the practice of family care education. To develop the work, it was created a mark conception based in Paulo Freire's pedagogic proposition. This referencial was applied inside a qualitative methodology, through a process of reflexion-action oriented by Paulo Freire's research itinerary comprehending the four steps inter-related proposed by him. Inside a space called Terapeutic Circle and by the interviews realized with each participant, it was possible to build and discuss the generating themes related to the educate-care process. The experiences in the Terapeutic Circle made, in a articulation between academic and work world, to cross over limits and identify possibilities for the constrution of a new knowledge and works in the family education-care pratic.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT .....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE SIGLAS.....	x
INTRODUÇÃO .....	12
1. FUNDAMENTANDO PARA O PERCURSO .....	19
1.1 Dirigindo um olhar para o Sistema de Saúde no Brasil .....	19
1.2 Dirigindo um olhar para o processo de formação do enfermeiro.....	30
2. O FIO CONDUTOR .....	37
2.1 Marco Teórico.....	37
2.1.1 Apresentando Paulo Freire.....	38
2.1.2 Apresentando seu método .....	40
2.1.3 Apresentando os pressupostos e conceitos .....	43
2.2 Transpondo limites e identificando possibilidades na prática educativa- cuidativa com as famílias.....	45
2.2.1 Fecundando o Círculo Terapêutico .....	46

2.2.2 Nasce o Círculo Terapêutico .....	48
3. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO CÍRCULO TERAPÊUTICO .	53
3.1 Trabalhando com a equipe e as questões de poder dentro do grupo .....	53
3.2 O prazer e o desprazer de trabalhar com as famílias.....	57
3.3 A desvinculação da teoria com a prática e a forma impositiva de educar -cuidar.....	58
3.4. Avaliando o Círculo Terapêutico.....	64
4. O EDUCAR-CUIDAR – UMA REFLEXÃO SOBRE A TEORIA E A PRÁTICA DOS CONCEITOS.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	87
ANEXOS.....	95

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Conceito de ser humano .....	78
Figura 2 - Conceito de mundo do trabalho da enfermagem com as famílias ..	79
Figura 3 - Representação gráfica do processo educativo- cuidativo desenvolvido no Círculo Terapêutico .....	80

## **LISTA DE SIGLAS**

AIH (s) – Autorização para Internações Hospitalares

AIS – Ações Integradas de Saúde

Conasp – Conselho Consultivo da Administração das Ações de Saúde Previdenciária

FAS – Fundo Apoio ao desenvolvimento Social

IES – Instituições de Ensino Superior

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

PSF – Programa de Saúde da Família

SUDS – Sistema Unificado, Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UPF – Universidade de Passo Fundo

*"Nenhum homem poderá revelar-vos nada senão o que já está meio adormecido na aurora do vosso entendimento,*

*O mestre que caminha à sombra do templo, rodeado de discípulos, não dá de sua sabedoria, mas sim de sua fé e de sua ternura.*

*Se ele for verdadeiramente sábio, não vos convidará a entrar na mansão do seu saber, mas antes vos conduzirá ao limiar de vossa própria mente.*

*O astrônomo poderá falar-vos de sua compreensão do espaço, mas não vos poderá dar sua compreensão.*

*O músico poderá cantar para vós o ritmo que existe em todo o universo, mas não vos poderá dar o ouvido que capta a melodia nem a voz que a repete.*

*E o versado na ciência dos números poderá falar-vos do mundo dos pesos e das medidas, mas não vos poderá levar até lá.*

*Porque a visão de um homem não empresta suas asas a outro homem.*

*E assim como cada um de vós se mantém só no conhecimento de Deus e sua própria interpretação das coisas da terra."*

Gíbran Khalil Gíbran

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma caminhada permeada de inquietudes, em que vivencio o processo de construção e reconstrução do conhecimento e a (des)integração entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho através da minha própria história. Foi realizado a partir de uma proposta de prática assistencial desenvolvida coletivamente com um grupo de alunos do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, RS, e os enfermeiros que integram as equipes do Programa de Saúde da Família - PSF, de Passo Fundo, RS.

É o produto dessa ação coletiva que apresento neste texto, o qual foi construído em cinco capítulos. No primeiro, apresento as justificativas para a escolha do tema, os objetivos e a finalidade do estudo. No segundo, "Fundamentando para o percurso", faço uma revisão bibliográfica como forma de aprofundar os conhecimentos e permitir a reflexão sobre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho. No terceiro capítulo, "O fio condutor", apresento o suporte teórico-metodológico que norteou o trabalho. No quarto capítulo, "Crescimento e desenvolvimento do Círculo Terapêutico", é onde inicio a discussão em torno dos temas geradores. No quinto, "O educar-cuidar – uma reflexão sobre a teoria e a prática dos conceitos", faço uma análise do processo educativo-cuidativo à luz do referencial teórico, apresentando os conceitos e pressupostos. Por último, nas

“Considerações finais”, constam as reflexões despertadas durante o itinerário percorrido, apoiadas na razão e na sensibilidade.

A necessidade de trabalhar o tema transpondo limites e identificando possibilidades na prática educativa-cuidativa com as famílias tem sua justificativa no meu exercício profissional enquanto enfermeira docente das disciplinas de Enfermagem Aplicada à Saúde Pública e Estágio Curricular II e, ainda, como membro da Comissão Curricular do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, RS.

O ensino de graduação em enfermagem sempre fez parte do meu cotidiano profissional. O aluno de enfermagem se fez presente em minha trajetória de vida, bem como a preocupação com esse mesmo ser enquanto profissional e atuando em uma determinada área de enfermagem, uma vez que, como professora/supervisora, convivo e me integro com ex-alunos, agora na qualidade de enfermeiros, atuando nas unidades onde supervisiono estágios.

As angústias, as incertezas, as dificuldades, as conquistas, os momentos de tristeza e os momentos de alegria vividos em suas situações de trabalho são presenciados e, muitas vezes, compartilhados comigo, não só pela nossa proximidade física, mas, também, por havermos trilhado juntos muitos passos desse caminho. Essa relação construtiva apresenta-se, por vezes, dolorida; e, em outras, gratificante por me oportunizar perceber a ambivalência de sentimentos que surgem quando este enfermeiro, nos enfrentamentos das situações vivenciadas ou nos confrontos com que se depara, busca garantir seu espaço dentro de um novo horizonte profissional, com um olhar e um trabalhar diferente da realidade vivenciada nos momentos de aprendizagem, como aluno de graduação. Percebo que, ao mesmo tempo em que as situações lhe despertam incertezas e conflitos, podem ser palco de grandes conquistas, de novos relacionamentos e novos saberes, oportunizando, assim, o desabrochar de um novo ser. É, portanto, a partir desse cenário, repleto de incertezas, buscas, desconfortos e contradições que se inicia o processo de encontro entre a vida acadêmica e a vida profissional.

Lima (1993, p.2) diz que “(...) o enfermeiro, ao concluir o Curso de Enfermagem, não tem condições adequadas de exercer a profissão da forma esperada, por não ter sido para tanto capacitado durante os anos de sua

formação profissional.” O autor mostra preocupação quanto à dissonância entre o ensino e a prática de enfermagem e quanto ao enfoque que deve ser dado à formação do enfermeiro. Dessa forma, como vencer esse desafio e construir um caminho que oportunize uma relação harmônica entre o mundo acadêmico e o mundo profissional, superando a distância criada entre ambos? Essa é uma tarefa extremamente desafiadora, mas também prazerosa, que consiste em buscar não o conformismo, mas o enfrentamento, através da integração da razão, do sentimento, do individual e do coletivo, escancarando brechas que expõem desejos e repressões. Para a concretização dessa busca, há que se ter estratégias que permitam estabelecer uma relação harmônica entre o vivido no mundo acadêmico e o vivido no mundo do trabalho. Enquanto integrante desse espaço, acredito ser necessário identificar até que ponto o mundo acadêmico capacita o enfermeiro para o mundo do trabalho, de forma que ele possa assumir seu papel dentro do novo modelo de atenção à saúde.

A partir da Constituição da República promulgada em 1998, o setor de saúde no Brasil começa a esboçar um novo perfil. Com a publicação das leis nº 8 080/90 e 8 142/90, que regulamentam o Sistema Único de Saúde – SUS, buscou-se a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Ocorre que apesar dessa conquista ter sido fundamental, ainda não foi suficiente para transformar a política sanitária brasileira. Assim, com o objetivo de aprimorar o sistema, foram apontadas algumas perspectivas de reformas, entre as quais o Programa de Saúde da Família, que elegeu, “como ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” .

Segundo o documento que normatiza o Programa de Saúde da Família, “o pressuposto básico é o de quem planeja, deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. Deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde e da qualidade de vida da população assistida”. É uma proposta de reestruturação do sistema vigente através da “(...) mudança de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a Prática Assistencial em novas bases e critérios (...)” (Brasil, 1997).

O PSF tem, então, o propósito de atender as famílias, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde de forma integral e contínua. A família deve ser compreendida em seu processo de viver e interagir em seu microespaço – relações entre os membros e com seu macroespaço –, em sua relação com outros grupos que compõem a sociedade. Reforçando a importância do ambiente nas relações familiares, Nitschke (1995) diz que as famílias têm um ambiente onde são influenciadas e influenciam.

Quanto à forma de desenvolver as ações cuidativas com as famílias, Elsen (1994, p.50) destaca que "a família não é um recipiente passivo de cuidado profissional, mas sim, um agente, sujeito do seu próprio processo". Conviver e trabalhar com as famílias oportuniza a vivência com a realidade concreta do seu mundo, com seus cheiros, suas cores, suas contradições, seus dissabores e seus prazeres; exige a compreensão do desenvolvimento de componentes como relações sociais, cultura, sensibilidade, ética e competência técnica. Os atores envolvidos nesse processo complexo deverão estar integrados, "formando uma teia de múltiplos saberes articulados, onde todos têm a ver com todos" (Boff, 1997, p.80).

Nesse contexto, destaca-se a importância da equipe, cujos membros são sujeitos da ação educativa-cuidativa, razão pela qual a formação de recursos humanos comprometidos com essas práticas transformadoras é elemento fundamental.

Em seu livro *Medo e ousadia o cotidiano do professor*, Paulo Freire (1993, p.25) diz que "a transformação é possível porque a consciência não é um espelho da realidade, simples reflexo, mas é reflexiva e refletora da realidade (...) podemos lutar para ser livres, precisamente porque sabemos que não somos livres. É por isso que podemos pensar na transformação". Em outra obra, o mesmo autor diz que "é preciso que a educação esteja em seu conteúdo, em seus programas e em seus métodos adaptada ao fim que persegue, permitir ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade" (Freire, 1980, p. 39).

A construção desse novo modelo assistencial passa pela mudança no modo de pensar dos atores envolvidos no processo, pela diversificação dos

espaços de atenção, indo além das fronteiras já delimitadas e, também, passando pela construção de uma ética de autonomia e singularização que permita a inclusão das pessoas enquanto sujeitos.

Patrício (1999) refere que as mudanças de pensar e fazer no cotidiano exigem mudanças no grande paradigma que ainda orienta este cotidiano. É preciso uma mudança no próprio indivíduo, através de um processo contínuo de educar-aprender para que se modifique o seu único jeito de olhar – fazer, para que tenha a liberdade de buscar outros caminhos que o ajudem na reconstrução do processo de viver. É por essa ótica, e na perspectiva da dinâmica de interação transpessoal natureza – cotidiano – sociedade (Patrício, 1999, p.39), que percebemos o aluno passando a integrar este novo cenário e, então, como ator vivo e participativo, podendo desenvolver essas práticas.

O I Fórum com Instituições de Ensino Superior Formadoras de Recursos Humanos para a Área da Saúde recomenda:

“Para esta nova demanda, faz-se necessário que as instituições formadoras de profissionais de saúde participem na formação de profissionais na concretude dos serviços, oportunizando ao estudante problematizar e discutir a experiência vivenciada, exercendo sua criatividade na resolução dos problemas encontrados, tornando dessa forma a integração ensino-serviço uma metodologia capaz de provocar até mesmo alterações curriculares para a adequação à nova realidade”.

Dessa perspectiva, entendo que a formação dos acadêmicos de enfermagem deve oportunizar a esses futuros profissionais a vivência de situações que possibilitem a construção de conhecimentos geradores de novas formas de olhar e de novas posturas de educar-cuidar em seu cotidiano, a fim de que possam atender a esse novo paradigma.

Essa concepção é fundamentada em Freire, quando diz que "minha experiência discente é fundamental para a prática que terei amanhã. É vivendo criticamente a minha liberdade de aluno ou aluna que em grande parte me preparo para assumir ou refazer o exercício de minha autoridade profissional" (2000, p. 101).

*Delinea-se, assim, a questão básica desta pesquisa: como transpor limites e identificar possibilidades na prática educativa-cuidativa com as famílias inseridas no PSF, a partir do diálogo com discentes e enfermeiros que atuam no PSF?*

Na tentativa de buscar um caminho para essa prática transformadora, optei por embasá-lo no "Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire", que será descrito mais adiante. Esta dissertação se caracteriza, pois, como uma pesquisa qualitativa desenvolvida na disciplina de Prática Assistencial.<sup>1</sup> Teve como objetivo geral a criação de um espaço terapêutico, através de um processo de ação-reflexão junto a um grupo de alunos do IX nível do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo e os enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família de Passo Fundo, RS. Como objetivos específicos, busca elaborar um referencial teórico fundamentado no processo ação-reflexão, que oportunize a articulação entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho; aplicar esse referencial teórico a um grupo de alunos de graduação em enfermagem que desenvolvem seu estágio curricular dentro do Programa de Saúde da Família de Passo Fundo e a enfermeiros que atuam no mesmo programa, avaliando o processo desenvolvido nesta prática assistencial à luz do referencial teórico preconizado.

A finalidade deste estudo é fortalecer-nos para transpor limites e identificar possibilidades na prática educativa-cuidativa com as famílias inseridas no Programa de Saúde da Família, buscando trazer subsídios para a formação dos acadêmicos, como também, a partir do meu próprio aprendizado, poder compartilhar com os demais envolvidos o desafio de implantar/fortalecer o Programa de Saúde da Família em minha região. Por outro lado, espero também contribuir para o fortalecimento do enfermeiro enquanto ator e parte do elenco, que assume a responsabilidade de tomar este sonho possível.

---

<sup>1</sup> É uma das disciplinas integrantes da grade curricular do curso de mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Está estruturada em seis créditos e tem como objetivo geral elaborar, implementar e avaliar uma proposta de assistência de enfermagem a indivíduos, famílias, grupos sociais e comunidade, com base em um marco de referência teórico, salientando os aspectos éticos e educativos.

*“Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu ‘destino’ não é um dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a história em que faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Gosto de ser gente porque inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além.”*

Paulo Freire

## **1. FUNDAMENTANDO PARA O PERCURSO**

Neste capítulo, apresentamos alguns cenários das políticas de saúde no Brasil como forma de visualizar o mundo do trabalho, assim como outras cenas da política de formação do enfermeiro, com a finalidade de descerrar o mundo acadêmico.

### **1.1 Dirigindo o um olhar sobre o Sistema de Saúde no Brasil**

"Na sociedade de classes, o mundo das coisas e das pessoas está inexoravelmente dividido entre os interesses próprios daqueles que pensam a saúde como uma fonte a mais de acumulação de capital e, portanto, deve ser ofertada de acordo com as normas de mercado, e outros que pensam a saúde como um direito de cidadania, e que deve estar regulada pelo Estado, os seus serviços ofertados universalmente. A política de saúde é produto desse jogo de forças e, assim, pode ser neoliberal, pública e gratuita ou um misto que pode assumir muitas formas, entre estas duas polares" (Franco e Merhy, p. 7).

Historicamente, até o período que antecede a Constituição de 1988, o Sistema de Saúde no Brasil era voltado aos interesses de alguns poucos, ao invés de beneficiar os interesses do povo. Caracterizava-se como um sistema de

má qualidade, voltado para o lucro; só era “garantido” o atendimento a quem possuía o benefício. Assim, o restante da população ficava à mercê da caridade. O sistema visava atender aos interesses mercantilistas, e não à saúde da população; o hospitalocentrismo e o estímulo às constituições privadas eram tão evidentes a ponto de, em 1969, o país possuir 75.000 leitos hospitalares privados, que cresceram para 350.000 em 1984, subsidiados pelo Estado (Buss e Liabra, 1995). Esse modelo, centrado no hospital e na figura do médico como realizador de procedimento, resultava em baixa resolutividade dos problemas de saúde e demandava crescentes custos para a operacionalização das ações.

De acordo com Chioro e Scaff (2000), o Estado, através do FAS, caracteriza-se como o grande financiador do setor privado nacional (hospitais e assistência médica) e do setor privado internacional (equipamentos e medicamentos). Seu grande compromisso é com a produção de procedimentos, “procedimento centrado”.

Mendes (1993, p. 24) diz que este é “um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado, de um corte cartorial que apresenta características absolutamente especiais: capital fixo subsidiado, reserva de mercado e, por conseqüência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade”. O autor reforça que essa forma de prestar assistência à saúde, com contratos e convênios com subsídios fixos à iniciativa privada, oportuniza o surgimento no cenário de uma nova modalidade de prestação de assistência, a medicina de grupo, viabilizada a partir do convênio-empresas: “(...) pode-se afirmar que o convênio-empresas foi o modo de articulação entre o Estado e o empresariado, que viabilizou o nascimento e o desenvolvimento de um subsistema que viria a tornar-se hegemônico na década de 80: o de atenção médica supletiva”.

A forma de pagamento ao setor privado por procedimentos realizados e a falta de controle sobre os mesmos oportunizaram “as fraudes e corrupção, envolvendo de um lado, os interesses em ganhar com a doença da população e, de outro, os dirigentes nacionais descomprometidos com a saúde da população e com os recursos públicos, acostumados a usá-los para seus fins lucrativos e eleitorais” (Neto, 1994, p. 8).

Mendes (1996) reforça ainda o caráter “perverso” do sistema, na medida em que, ao fazer só o que dá lucro, interna mais que o necessário e pouco ou nada investe em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Na década de 1980, o país foi marcado por uma grave crise econômica, que, associada ao autoritarismo do regime militar, desencadeou um clamor popular; a sociedade, insatisfeita com os recursos para atender às suas necessidades de assistência, organizou-se. Assim, as lutas pela redemocratização do país também abririam espaço para a discussão desse sistema de saúde ineficiente, irracional, que priorizava os interesses privados em detrimento dos públicos. Associada a esses focos de rebelião, a crise econômica que o país atravessava também foi uma alavanca importante para a discussão e o reordenamento das políticas de saúde.

Coelho, Westrupp, Verdi e Souza (1999, p. 27) afirmam que “a expressão de uma política centralizadora, concentradora, privatizante e ineficaz estampava-se na deteriorização das condições de vida e de saúde da população fazendo que a insatisfação com a atenção dada a sua saúde aumentasse”.

O governo já não podia suportar tantos gastos, como desvios de verba, aumento de gastos por internações e exames complementares, todos conjugados à exclusão de parcelas expressivas da população ao acesso dos serviços de saúde, bem como a baixa resolutividade do mesmo, implicando a não-redução dos índices de morbimortalidade. Foi o início de uma profunda crise nacional, de caráter econômico, ideológico e estrutural, desencadeada pelos graves problemas econômicos, refletindo-se por índices inflacionários elevados e conseqüente aumento da taxa de desemprego, além de que o próprio regime político começava a dar sinais de desgaste. Franco e Merhy (1999, p. 7) referem que, “como num desaguadouro, o Estado recebe as torrentes de interesses variados, que refletem as posições dos diversos grupos na sociedade. A esfera institucional é, por excelência, uma grande arena onde os atores políticos disputam seus projetos no sentido de influir na definição da política de saúde”.

Aos poucos, surgiu um movimento de resistência, Movimento Sanitário, como forma de se contrapor a esse contexto. Formado por lideranças políticas, sindicais, trabalhadores, enfim, diversos segmentos da sociedade, tinha o

propósito e a vontade de mudar a situação caótica em que se encontrava o país, especialmente o setor saúde.

Esse momento se caracterizou não apenas pelas denúncias feitas contra a ditadura e os interesses econômicos com ela envolvidos, mas por apresentar uma proposta construtiva, um projeto de transformação do sistema de saúde até então vigente no país. O governo, vendo-se, então, pressionado, começou a dar sinais de fragilidade. Como forma de manter a estabilidade, criou o Conasp, cuja finalidade era racionalizar a prestação de serviços de assistência e a utilização de recursos financeiros e, ainda, controlar e avaliar o sistema (Mendes, 1996). O Conasp desdobrou-se, na prática, em vários projetos, dos quais dois receberam atenção especial: o primeiro, o Plano de Contas Hospitalares, que punha fim ao pagamento por unidade de serviço e estava imbuído de alto conteúdo disciplinador dos gastos hospitalares, e o segundo, o Plano de Racionalização Ambulatorial, que se propunha a qualificar a rede ambulatorial hierarquizada como forma de diminuir a demanda hospitalar.

Em 1982, o governo iniciou convênios com Estados e Municípios a fim de utilizar a capacidade instalada desses para atender às demandas. Também alterou a forma de pagamento ao setor privado, procedimento que deu origem às AIHS e às AIS. As AIHS, com seu novo sistema de contas hospitalares deu resultados imediatos, diminuindo significativamente as despesas hospitalares. As AIS, por sua vez, possibilitaram que as instituições públicas iniciassem um planejamento mais articulado, sendo base para a implantação do SUDS *a posteriori*.

Com as eleições de 1982, o processo de reformulação nas políticas de saúde foi fortalecido pelo ingresso no Ministério da Previdência e Assistência Social e Inamps de técnicos comprometidos com o movimento da reforma sanitária.

Foi realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual foi o marco desencadeante da consolidação da reforma sanitária no país. Constituiu-se no foro democrático de discussões, onde se fizeram presentes os vários segmentos, como universidades, sindicatos, trabalhadores, partidos políticos, parlamentares, entre outros.

Essa conferência se diferenciou das anteriores pelo seu caráter democrático, dialógico e participativo, uma vez que houve inúmeros foros de discussão anteriores como preparação para ela. No evento, delinearão-se as bases para o novo sistema:

- . conceito abrangente de saúde;
- . saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- . a instituição de um Sistema Único de Saúde (Chioro e Scaff, 2000).

Dessa conferência saiu o projeto de Reforma Sanitária brasileira o qual foi levado à Assembléia Constituinte em 1987. A Reforma Sanitária é uma proposta de democratização da saúde no país e de implantação do SUS. Mendes (1993) enumera três aspectos fundamentais dela decorrentes:

- . Primeiro, um conceito abrangente de saúde, quando a considera como conquista da população e resultante de condicionantes, como alimentação, transporte, habitação, trabalho, renda, meio ambiente, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde;
- . Segundo, saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, considerando o Estado como regulador público, responsável pela garantia desse direito;
- . Terceiro, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a substituição para um Sistema Único de Saúde, que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular.

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte, incorporando a essência da reforma sanitária, criou uma seção sobre a saúde. Assim, a Constituição Federal de 1988, quando trata da saúde em seus artigos 196 a 200, promove uma revolução na matéria, criando um novo sistema de saúde pública no país e determinando que a saúde

“é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua formação, proteção e recuperação, serviços estes que devem integrar uma rede regionalizada, hierarquizada a constituir um Sistema Único de Saúde,

baseado na descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade" (Brasil, 1988).

O financiamento do SUS deverá advir dos recursos da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Os princípios fundamentais do SUS são:

- . *Universalidade*: todas as pessoas têm direitos iguais à atenção à saúde, cabendo ao Estado garanti-los mediante a prestação de cuidados pela rede pública, ou privada, sendo esta contratada somente como forma complementar à primeira.
- . *Equidade*: as pessoas têm necessidades diferentes, cabendo à rede de serviços ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população assistida.
- . *Integralidade*: o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre os indivíduos, de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, com a finalidade de atender as pessoas no conjunto de suas necessidades.

Como vemos, a Constituição Federal reconhece os ideais da Reforma Sanitária, consagrando-os de forma definitiva. De acordo com Buss e Labra (1995), é uma conquista pouco vista em outros países. Contudo, "não consegue incluir dispositivos reguladores do setor privado moderno, seja na sua vertente de produtores de insumos, seja no denominado subsistema de atenção médica supletiva. E mais: não permitem a regulação do subsistema de alta tecnologia. O capital político acumulado pela reforma sanitária não alcança a tanto" (Mendes, 1996, p. 48).

Em 1990, são criadas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde, como forma de regulamentar o SUS. A primeira, lei 8 080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços de saúde; a segunda, 8 142/90, dispõe sobre a participação da comunidade no SUS, garantindo sua participação em todos os níveis de gestão.

Apesar de todas essas conquistas, muito ainda deve acontecer, pois “as mudanças que ele propõe são muitas e complexas; assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma, o SUS como parte da Reforma Sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação” (Neto, 1994, p. 11).

Indo além, Gallo (1999) diz que cabe aos defensores do SUS chamar seus adversários para a disputa dentro da sociedade, que é o espaço onde têm legitimidade. Os que lutam em defesa do SUS lutam o bom combate e podem encarar o futuro de cabeça erguida. O SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais e resulta de propostas que, ao longo de muitos anos, vêm sendo impulsionadas por um movimento social que se denomina de *reforma sanitária brasileira*. O SUS, “como processo social em permanente construção, convoca à responsabilidade, à criatividade e à ousadia de seus dirigentes. Já não basta a ousadia de cumprir a lei, é necessário ir muito além, de forma a inscrever essa lei no cotidiano das instituições e das pessoas” (Mendes, 1996, p. 14 ).

Como vemos, a partir da Constituição da República, o setor saúde começa a esboçar um novo perfil com a publicação da lei 8 080/90 e lei 8 142/90, consolidando o novo modelo de atenção à saúde.

Apesar dessa conquista ser fundamental, ainda não é suficiente para transformar a política sanitária brasileira. Uma grande parte dos brasileiros vive cotidianamente o sofrimento de uma má qualidade de vida, decorrente, entre outros fatores, de uma precária assistência à saúde.

O acesso aos serviços ainda continua sendo para poucos, enquanto a maioria da população é excluída, sofre com a falta de ética pública e luta para transformar a prática sanitária brasileira, de forma a garantir a melhoria da qualidade de vida a todos os cidadãos. Para Coelho et al. (1999, p. 31), “a luta pelo SUS continua, pois apesar de ser transformada em lei ainda é longínqua sua implantação. Dentre os principais fatores contributivos para esta situação, há a falta de vontade política para a concretização da municipalização do sistema, sendo um dos entraves fundamentais o inadequado e insuficiente modelo de financiamento vigente”.

Ainda, há uma falta de reorientação na política de "assistir" dentro do SUS. A assistência prestada é fragmentada em diversos programas, algumas vezes, conflitantes entre si. O atendimento é individualizado, desconsiderando-se o contexto em que as pessoas vivem e adoecem. Não se pensa numa assistência à saúde integrando o indivíduo à sua família, à sua comunidade, a ponto de Vasconcelos (1990, p. 7) dizer que "o reconhecimento e a garantia de direitos sociais, embora fruto de indiscutível avanço da civilização, acabaram acontecendo dentro da lógica individualista e fragmentada (...) a percepção das políticas sociais vem propiciando o surgimento de propostas e tentativa de integração das várias ações estatais no campo social. Mas como fazer essa integração das várias ações do Estado transformando-as em um todo articulado?"

Na década de 1990, tendo como pano de fundo a grave crise econômica, apresentam-se dois projetos alternativos: o projeto neoliberal, hegemônico, e o contra-hegemônico, a reforma sanitária. Estabelece-se entre eles uma luta constante tanto no cenário político como no técnico e ideológico, fazendo com que "qualquer proposta de saúde seja decodificada, por um ou por outro, de acordo com seus pressupostos e seus interesses" (Mendes, 1995, p. 20).

É nesse cenário de conflitos, discordâncias ideológicas e éticas, de fracasso do poder público e de lutas por assegurar os direitos constitucionais, que começa a surgir um ponto comum, de que é preciso reorganizar o sistema de saúde através do estabelecimento de mecanismos capazes de garantir as conquistas sociais.

Assim, na intenção de aprimorar o sistema, foram apontadas algumas perspectivas de reformas, entre elas o Programa de Saúde da Família, o qual também é fruto "de uma parte do ideário que presidiu a reforma sanitária no Brasil, contendo os seus acertos e também seus erros" (Franco e Merhy, 1999). Esse programa elege "como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população" (Brasil, 1997). É uma proposta de reestruturação do sistema atual vigente através da

"mudança de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (...) O pressuposto básico é o de quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. Deve ser pensado como um todo e direcionado à

resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde e da qualidade de vida da população assistida” (Brasil, 1997).

O PSF vem, então, com o propósito de atender às famílias, priorizando as ações de promoção e proteção à saúde de forma integral e contínua. Tem como objetivo geral:

“Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população... a família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive... As ações sobre este espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam” (Brasil, 1997).

As diretrizes operacionais do PSF são:

. *Adscrição da clientela*: a equipe é responsável por uma área geográfica onde habitam seiscentas a mil famílias. Este critério deve ser flexibilizado de modo a atender os fatores regionais, a diversidade sóciopolítica, características econômicas, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros.

. *Reorganização das práticas de trabalho*: o trabalho deve ser planejado a partir da realidade do local.

. *Abordagem multiprofissional*: a equipe básica é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Os integrantes da equipe, além de sua capacidade técnico-científica, precisam estar identificados com a proposta do trabalho.

. *Estímulo à ação intersetorial*: a busca de parcerias entre os vários setores que integram o cenário das políticas sociais deve ser perseguida, como forma de se resolver as questões sociais.

. *Complementariedade*: a unidade de saúde da família deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, assim como deve estar integrada a ele como forma de viabilizar o sistema de referência e contra-referência.

. *Educação continuada*: a equipe deve ser acompanhada de um processo de formação contínua. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, é um

mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção da equipe, que fundamenta todo o trabalho do PSF.

. *Controle social*: o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, no que se refere à aproximação das ações de saúde, da necessidade e da vigilância por parte da população.

A implantação do PSF representa uma estratégia para a mudança do modelo assistencial à saúde existente para outro mais humanizado, resolutivo racional, com custos menores, levando em consideração principalmente o fato de que a exigência da resolutividade reduz a demanda por atendimento hospitalar. Mendes (1999) reforça que se deve falar do PSF, que não é um programa, mas uma estratégia. É necessário demonstrar que o nível de atenção primária bem organizado constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema eficaz, eficiente e equitativo.

Peliano (2000), referindo-se ao PSF, diz:

“Hoje representa um eixo na reestruturação da atenção primária da saúde, a partir da reestruturação do modelo de assistência. Ele muda o enfoque da atenção, que passa a ser a família e o meio em que ela vive. Ele se propõe a trabalhar com o princípio de vigilância da saúde, apresentando uma característica do trabalho inter e multisetorial”.

Avançando um pouco mais, Franco e Merhy ( 1999 ) reconhecem que o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da vigilância à saúde, mas também propõe uma reorganização no processo de trabalho, fazendo uma crítica ao modelo atual, centrado no médico, e propondo a assistência à saúde a partir de uma equipe multiprofissional, pois é "preciso mudar os sujeitos, que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas de trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para esse trabalho inclusive no terreno de uma nova ética que o conduza. E isto passa pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização da assistência".

Nos *Cadernos de Atenção Básica do Programa de Saúde de Família*, em sua introdução, vemos a importância de se investir numa nova política de formação de recursos humanos e num processo permanente de capacitação dos

recursos humanos existentes, diante da escassez no mercado de trabalho de profissionais com papel para atuar no PSF. Diz, ainda, que a responsabilidade não pode ser exclusiva do SUS, mas deve ser compartilhada com as instituições de ensino.

A formação de recursos humanos comprometidos com essa nova estratégia é fundamental. Franco e Merhy (1999) afirmam que, ao mudar a estrutura, não estamos garantindo que a relação dos usuários com os profissionais se estabeleça sob esses novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, de civilidade, de acolhimento e construção de processos mais compromissados com os usuários. Reforçando a importância de recursos humanos comprometidos, como forma de viabilizar essa nova estratégia, Mendes (1996, p. 283) diz que se "torna óbvia a necessidade de uma integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação para viabilização da estratégia de saúde da família. Porque serão necessárias profundas modificações no ensino de graduação e pós-graduação das profissões de saúde, para que os recursos humanos sejam adequados a nova proposta". É necessária a formação de profissionais com visão crítica e capacidade de ação para um novo tempo, uma nova sociedade, em que se pretende que o homem seja feliz, saudável e morra condignamente.

A construção dessa nova possibilidade de "fazer saúde" passa por caminhos tortuosos, cheios de imperfeições e desafios, nos quais nos deparamos com vários atores articulando-se e confrontando-se no mesmo cenário. O fortalecimento do PSF ocorre num espaço de lutas em todas as instâncias da sociedade, e devemos identificar claramente os embates ideológicos e políticos travados, as forças contrárias e favoráveis, estabelecendo alianças estratégicas de modo que uns apoiem os outros em momentos estratégicos.

Essa luta, tem de ser entendida como "um processo em construção permanente que visa, a médio e longo prazo, a uma mudança no paradigma de atenção à saúde e a uma busca de um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade e equitativo" (Mendes, 1996, p. 94 ).

O PSF de hoje persegue objetivos, e não apenas repete caminhos: "É uma viagem por um sonho possível. Como todo o sonho, ele precisa ser avaliado pela

racionalidade matinal, que lhe cobra resultados, coerência e, principalmente, capacidade de ganhar realidade à luz do dia” (Levcovitz, Garrido, 1996, p. 3).

## 1.2 Dirigindo um olhar para o processo de formação do enfermeiro

As profundas transformações que atingem todos os setores da sociedade contemporânea têm despertado muitas interrogações e expectativas quanto ao nosso papel e à nossa forma de atuação, individual e coletiva, enquanto atores co-responsáveis no processo de busca de uma melhor qualidade de vida.

A história, neste final de milênio, mostra-nos o grande desenvolvimento tecnológico atingido pela ciência. Os múltiplos saberes produzidos, as grandes descobertas científicas, a grande oportunidade de disseminação do conhecimento e as facilidades de acesso a esses saberes através do processo de globalização dão conta de quão desenvolvimentista e crescente foi a produção do conhecimento neste período.

Entretanto, paralelamente a esse grande avanço tecnológico, podemos também observar o surgimento de grandes dificuldades no âmbito das relações humanas e a crescente valorização do **ter** em detrimento do **ser**. Nesse processo de construção do mundo, podemos visualizar claramente o domínio do poder político-econômico – **razão**, abafando as questões ético-humanistas – **sensibilidade**. Essa dominação interfere diretamente na qualidade de vida do ser humano, uma vez que, enquanto seres humanos, somos subjetivos, necessitamos vivenciar nossas emoções, nossa individualidade.

Dentro desse cenário se situam as políticas para formação dos enfermeiros que, como não poderia deixar de ser, uma vez que estão intimamente vinculadas ao paradigma econômico vigente, seguem voltadas muito mais para as práticas curativas, em detrimento das ações de promoção à saúde coletiva, bem como ao predomínio do saber biológico em detrimento do saber social.

Saupe (1998, p. 37), referindo-se à reformulação da proposta curricular, na década de 1960, para os cursos de enfermagem, diz: “Ela vai se adaptando às políticas de saúde emergentes e ao modelo de privatização dos serviços de

saúde, levando à valorização da especialização precoce e ao domínio de tecnologias, nem sempre adequadas a nossa realidade”.

Segundo a autora, o período de vigência do parecer nº 271/62 foi o mais curto, mas mudou drasticamente os rumos que a enfermagem vinha trilhando até então, os quais, de direcionados para a totalidade da população, passam, a partir do parecer, a se concentrar na assistência hospitalar.

Observa-se, claramente, a visão hospitalocêntrica perpassando essa proposta na medida em que a saúde pública era excluída do currículo, sendo desenvolvida como habilitação. Reforçou-se ainda mais isso pela introdução da disciplina de Administração Aplicada à Enfermagem, com enfoque nitidamente centrado no hospital, e exclusão das ciências sociais.

As críticas apontadas a essa proposta deram origem a um movimento de mudança apoiado pela Reforma Universitária, que culminou, em 1972, através do parecer 163 de 28 de janeiro de 1972, e da resolução nº 4, de 25 de fevereiro do mesmo ano, com um novo currículo, que perdurou por 22 anos, dividido em três partes, a saber: pré-profissional, tronco-profissional e habilitações. A mesma autora ressalta como significativa conquista deste currículo o aumento do tempo destinado às atividades práticas.

Esse período se caracterizou como muito profícuo no sentido da expansão dos cursos de graduação e implantação dos cursos de pós-graduação, que possibilitaram o desenvolvimento de pesquisas e publicações na área.

A década de 1980 foi um período de profundas transformações contextuais no país, identificadas pela crise econômica, política e estrutural. Pouco a pouco, começaram a se reestruturar os segmentos políticos e, com eles, surgiu uma série de propostas de reforma na organização dos serviços de saúde, criando novos momentos para o mercado de trabalho dos enfermeiros, repercutindo, assim, em sua formação.

A Associação Brasileira de Enfermagem iniciou um movimento denominado **Participação**, que passou a questionar a prática da enfermagem, até então uma prática técnico-científica. Nessa visão, era valorizada a neutralidade da enfermagem como ciência e o enfermeiro com comportamento neutro e apolítico. Inicia-se, então, a construção de uma nova ideologia para a enfermagem.

Cristaliza-se a necessidade de aprofundar as competências técnico-científicas, agregando-se a essas as competências políticas, como forma de possibilitar ao enfermeiro participar, juntamente com os outros segmentos da sociedade, na busca de uma vida mais justa e igualitária.

Assim, a partir da participação efetiva do mundo da academia e do mundo do trabalho, reunidos em seminários regionais e nacionais, esboçaram-se, coletivamente, novos paradigmas, que vão oportunizar a construção da proposta de currículo mínimo para o Curso Superior de Enfermagem, a qual foi aprovada, com algumas alterações, através da portaria nº 1721, de 15 de dezembro de 1994 (Saupe, 1998).

Chistófaró (1993), referindo-se a esse momento histórico, diz:

“A enfermagem brasileira realizou um trabalho amplo de estudo e análise das atuais normas que regulam a formação do enfermeiro, que pode ser caracterizado como um processo político e pedagógico de relevância. A demanda que a enfermagem tem hoje é reformular as bases legais que regem a formação do enfermeiro. Tais estudos demonstram que a posição da enfermagem, exigindo esta reformulação, é estratégica e essencial como parte da reorientação da ‘praxis’ do enfermeiro e do seu papel técnico social”.

A portaria citada indicou várias alterações no currículo da enfermagem, de modo especial em relação à integração ensino-serviço, através do estágio curricular, que é desenvolvido em dois semestres do curso, em hospitais e na rede básica ambulatorial. Assim, promove uma articulação entre ensino e serviços, que não pode ser apenas uma mudança no processo teórico, mas, sim, um processo reflexivo a partir da realidade em que os sujeitos atuam, exigindo das escolas uma revisão nos campos da prática, uma atualização das bibliotecas e uma renovada postura pedagógica.

Esse novo currículo mínimo, entretanto, deixa algumas lacunas, entre elas, a ausência de disciplinas que preparem o enfermeiro para o seu papel de educador, negando o educador que deve “morar” em cada enfermeiro (Saupe, 1998).

Como forma de preencher esses espaços e direcionar o ensino de enfermagem de forma a atender às demandas sociais, o 3º Senaden elaborou um documento contendo as diretrizes curriculares, o perfil do graduando, bem como

os conteúdos, os quais estão relacionados em cinco áreas temáticas: bases biológicas e sociais da enfermagem; fundamentos de enfermagem; assistência de enfermagem; administração em enfermagem e ensino de enfermagem. Recuperou, assim, a

“dimensão educativa do processo de ação-reflexão do enfermeiro, afirmando a necessidade do graduando estar capacitado para assumir a formação dos trabalhadores de enfermagem, participar da formação de outros profissionais de saúde, bem como planejar e implementar ações de edição em saúde dirigidas à população, tudo isso independente da Licenciatura” (Op. cit, p. 67).

Utyama e Martins (1999) atribuem às diretrizes curriculares a possibilidade de formar alunos mais críticos, reflexivos e dinâmicos, adaptando-se, assim, às demandas do mercado e aptos a aprender a aprender.

O Fórum de Pró-Reitores de Graduação de Universidades Brasileiras, em seu Documento Conceitual para Sistematização das Diretrizes Curriculares, diz que o currículo não deve ser apenas um elenco de disciplinas, mas deve incorporar elementos da proposta pedagógica, oferecendo:

- . flexibilidade em sua estrutura;
- . atividades diversificadas de forma a possibilitar no aluno capacidade reflexiva;
- . articulação entre teoria e prática;
- . ensino, tendo o aluno como sujeito do seu aprendizado;
- . ênfase em atividades que desenvolvam a criatividade oportunizando buscar novas soluções frente à realidade contextualizada.

O projeto político-pedagógico deve estar sintonizado com a nova visão de mundo, expressa nesse novo paradigma, garantindo a formação global e crítica dos envolvidos no processo a fim de capacitá-los para o exercício da cidadania, bem como a serem sujeitos de transformação da realidade, com respostas para os grandes problemas contemporâneos.

Essas diretrizes apontam na direção de posturas renovadoras, com a utilização de metodologias que oportunizem a formação de um profissional mais crítico e consciente de que deve desenvolver habilidades não só no âmbito do

conhecimento tecnológico, como também no âmbito da formação de competência política, social, ética e humanista como forma de consolidar seu papel social.

Cabe, pois, às universidades e a seus professores, enquanto atores comprometidos com o processo de mudanças no cenário de educar-cuidar, rever e refletir sobre as posturas pedagógicas que orientam seus currículos, como forma de atender a essa nova demanda. Ao pensar especificamente na formação do enfermeiro, devemos voltar nosso olhar para o cenário das políticas de saúde e formar profissionais comprometidos “com as lutas que ainda se fazem necessárias para a conquista da saúde como direito de cidadania” (Gisi e Zainko, 1998, p. 107).

Entre essas lutas, podemos citar o PSF, que já se delineia como uma conquista. Como forma de fortalecê-lo e de garantir sua sustentabilidade, temos de pensar no processo de formação e qualificação dos atores que nele estão inseridos e de outros que vão se acrescentar. Ares (1999, p.37) diz que somente se obtém um serviço de qualidade quando os recursos humanos estão suficientemente qualificados.

Referindo-se à formação dos profissionais que atuam no PSF, Levcovitz e Garrido (1996) enfatizam a importância de um novo profissional como forma de atender a essa nova estratégia em saúde: “Se a formação dos profissionais, principalmente do médico e do enfermeiro não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia” (p. 5).

O PSF requer o atendimento por equipe multidisciplinar de diferentes áreas e que, conservando suas especificidades, tenham uma visão holística ecológica da realidade da saúde. É necessário buscar procedimentos de ensino que privilegiem a reflexão, a crítica, a aplicação de conceitos, que resultem no desenvolvimento de habilidades e na adoção de atitudes que tornem o profissional capaz de atender às demandas de saúde da comunidade.

É fundamental que o ensino de graduação integre o ensino e o serviço, visto que o trabalho multiprofissional é uma realidade (Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família, 1998).

O mesmo documento recomenda:

- . maior adesão das IES aos Conselhos Municipais de Saúde ao Pólo de Capacitação, como forma de participar do processo transformador do modelo assistencial;
- . reavaliação dos currículos dos órgãos formadores de recursos humanos para a saúde, priorizando o enfoque **saúde** e privilegiando as experiências na área da saúde e não da **doença**;
- . que o perfil epidemiológico da região das IES seja considerado referencial para a elaboração dos currículos;
- . que as IES avancem no processo de discussão e investigação, tanto das necessidades de saúde da família como das estratégias adequadas para formar profissionais identificados com suas comunidades;
- . estudos de criação de uma instância das IES que congregue todas as disciplinas de saúde comunitária, favorecendo um trabalho integrado;
- . abordagem interdisciplinar já no período de formação acadêmica;
- . criação de residência multiprofissional em saúde da família.

A partir dessa retrospectiva, sentimos que muitos desafios foram vencidos, mas muitos ainda o deverão ser. Acreditamos na possibilidade dessa conquista, pois a história da enfermagem nos mostra que “somos gente que gosta de interagir com outra gente, que julga vital para o ser saudável, o compartilhar de experiências, o enfrentar desafios, o trabalhar as frustrações, e o sonhar. Acreditamos na força das interações entre as pessoas, grupos e famílias” (Elsen, 1994, p. 13).

*“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam mutuamente uns aos outros.”*

*Paulo Freire*

## **2. O FIO CONDUTOR**

Neste capítulo, descrevemos o itinerário teórico-metodológico percorrido em duas etapas: na primeira, apresentamos o “Marco teórico” que orienta nosso percurso; na segunda, “Transpondo limites e identificando possibilidades na prática educativa-cuidativa com as famílias”, abordamos o fecundar e o nascer do Círculo Terapêutico.

### **2.1 Marco teórico**

Considerando que a proposta se constitui num processo educativo-cuidativo, optamos por uma metodologia que oportunizasse o desenvolvimento e a transformação da realidade, através de um diálogo franco entre os educadores/educandos cuidadores/ cuidados, evidenciando-se, sobremaneira, aspectos educativos e éticos durante todo processo.

Diante disso, buscamos em Paulo Freire o caminho para fundamentar este trabalho, uma vez que sua proposta educativa constitui-se num método dialético que não separa a teoria da prática, no qual os sujeitos se encontram para a transformação do mundo.

### 2.1.1 Apresentando Paulo Freire

Paulo Freire nasceu em Recife em 19 de setembro de 1921. Na leitura das palavras foi iniciado por sua mãe, escrevendo com gravetos das mangueiras. Na escolarização formal, começou seus estudos em Jaboatão, onde sua primeira professora o estimulou a colocar no papel as palavras que conhecia e, a partir daí, formar sentenças; após, debatia com ele o significado de cada uma. Concluiu seus estudos secundários em Recife, onde também realizou o curso de Direito.

Em 1959, tornou-se doutor em Filosofia e em História da Educação, assumindo uma cadeira na Universidade de Recife. Esteve no exílio por quase 16 anos, vivendo na Bolívia, Chile, Estados Unidos, Ásia, África, Suíça... Retornou ao Brasil em 1979, passando a trabalhar na Pontifícia Universidade Católica, em São Paulo, e na Unicamp. Em 1989, foi secretário de Educação do município de São Paulo. Recebeu muitos prêmios internacionais por sua contribuição para a teoria do ato de aprender/ensinar, na qual a realidade do educando é considerada.

As lutas políticas e os movimentos populares na década de 1960 tiveram forte influência no pensamento e na construção da obra de Paulo Freire. Sua luta pelos oprimidos levou-o a propor um método de educação para adultos, uma práxis transformadora, entendida como ação mais reflexão, fundamentada na ciência da educação, principalmente na psicologia e sociologia, como forma de construir a cidadania e libertar o homem da opressão, isto é "para que os homens através de uma práxis verdadeira superem o estado de objetos, como dominados e assumam os de sujeitos da história" (Freire, 2000 p.156). Freire tem convicção de que o ser humano é responsável pelo que aprende e, por dar novo significado ao que aprende, assume o papel de sujeito e não de objeto no ato de educar-aprender, construir e reconstruir sua história.

O método freiriano pressupõe a participação do educando e do educador como sujeitos do processo, numa construção: **coletiva**, que se "constrói a cada vez que é coletivamente usado dentro de um círculo de cultura de educadores e de educandos" (Brandão, 1994, p. 24); **dialógica**, onde o educador e o educando fazem juntos o aprendizado da autoridade e da liberdade: "Se, na verdade, o

sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros de cima para baixo, sobretudo como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitido aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar" ( Freire, 2000, p.127 ).

Cada um, a seu tempo e ao seu modo, pode descobrir novas possibilidades e novas dimensões, e ambos, com um só corpo, buscam a transformação da realidade e, acima de tudo, **crítica e libertadora**, superando o intelectualismo alienante, o autoritarismo da educação bancária,<sup>2</sup> a falsa consciência de mundo; tentando resgatar a cultura e a cidadania desses sujeitos para que os "homens se sintam sujeitos do seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão do mundo, manifesta, implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e de seus companheiros" (p.120).

Na concepção de Paulo Freire, a educação tem um caráter permanente, dinâmico e inacabado, não aceitando saberes ou ignorâncias absolutas porque "sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada (...) o meu destino não é dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir (...) porque inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento posso ir mais além" (Freire, 2000).

Em sua obra *Pedagogia da autonomia*, Freire discorre sobre o ato de ensinar dizendo que ensinar exige rigorosidade metódica, criticidade, estética e ética, a corporeificação das palavras pelo exemplo; rejeição a qualquer forma de discriminação, reflexão crítica sobre a prática, reconhecimento e assunção da identidade cultural; consciência do inacabamento, reconhecimento do ser condicionado, respeito à autonomia do ser do educando, bom senso, humildade e tolerância; alegria e esperança. Exige, ainda, a convicção de que a mudança é possível, sendo, para tanto, necessário segurança, competência profissional, generosidade, comprometimento, disponibilidade para o diálogo e, sobretudo, um querer-bem aos educandos.

Com relação aos aspectos éticos, Freire prega a ética da solidariedade humana, que deve estar a serviço do ser humano; ética pessoal, quando diz que, tão importante quanto o ensino dos conteúdos, é o testemunho ético ao ensiná-

---

<sup>2</sup> Educação bancária: "a educação se torna um ato de depositar em que os educandos são depositários, e o educador o depositante" ( Freire, 2000, p.58 ).

los; a ética da liberdade-autoridade, referindo-se à harmonia entre a liberdade e a autoridade como disciplina, e a ética científica, porque é importante a rigorosidade dos achados para entender a importância do senso comum.

Saupe (1998, p. 68) diz que esta prática

"é caracterizada como produção, incorporação, reelaboração aplicação e testagem de conhecimentos e tecnologias através de um processo multidimensional de confronto de perspectivas e de prioridades, efetivada na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociado entre as partes envolvidas no ensino-aprendizagem, promovendo a cooperação a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente para a construção da realidade almejada, possível ou utópica."

O ato de ensinar envolve razão e sensibilidade, num compartilhar contínuo de saberes entre educador e educando, na busca da libertação e promoção do ser humano.

### 2.1.2 Apresentando seu método

O método de Paulo Freire assume várias denominações, assim como suas etapas, que mudam de nome assumindo o perfil de cada estudioso, sem, contudo, alterar a sua essência. As etapas não são separadas, mas, sim, dinâmicas, num movimento de ir e vir constante, em que o diálogo reflexivo é a força propulsora de todo um processo. De acordo com Gadotti, o método de Paulo Freire consiste em três momentos dialética e interdisciplinarmente entrelaçados:

a) "**investigação temática**, pela qual aluno e professor buscam no universo vocabular do aluno e da sociedade onde ele vive as palavras e os temas centrais" (Gadotti, 2000, p. 101). Esta etapa é também denominada de "levantamento de temas geradores" e acontece a partir de uma relação dialógica em que todos são convidados a expressar seu pensamento; emerge a partir das vivências e da realidade de cada um e contém em si a possibilidade de desdobrar-se em várias outras que irão desencadear novas tarefas.

A forma como esses temas são levantados varia de acordo com a situação proposta, podendo ser através de reuniões de grupo, de conversas informais, convívio com o grupo em seu cotidiano, entre outras; contudo, não podem perder seu caráter problematizador, com a finalidade de conduzir o homem a um pensar crítico. Nesse sentido, por entendermos que a utilização de técnicas de grupo é uma metodologia que sensibiliza e oportuniza a expressão dos sentimentos de cada um, optamos por essas para desencadear a identificação dos nossos temas geradores.

A escolha do referencial de Freire para orientar nossa proposta de trabalho fortalece-se quando ele diz que "investigar o tema gerador é investigar, reptamos, o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis" ( Freire, 2000, p.98 ). Cristaliza-se, dessa forma, a nossa intenção de, a partir das vivências apresentadas pelo grupo, identificar os nossos limites e as nossas possibilidades.

b) "**a tematização**, pela qual eles codificam e decodificam estes temas, ambos buscam superar o seu significado social, tomando, assim, consciência do mundo vivido" (Gadotti, 2000, p.101); é a substituição da visão mágica pela visão crítica.

Foi o momento em que nós, educadores-cuidadores, amparados em textos e técnicas de grupo, em movimentos de ir e vir, do abstrato ao concreto, exteriorizamos nossas visões de mundo, nossas formas de ver e de sentir nosso cotidiano de educar-cuidar, iniciando um pensar crítico sobre essa realidade. Iniciamos a codificação e decodificação de nossos temas geradores, o seu agrupamento e ampla discussão crítica sobre eles,, passando a ver a realidade sob outro ângulo, partindo de pontos focais para uma visão global de nosso educar-cuidar.

c) "**a problematização**, na qual eles buscam superar uma primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido" (id). Foi nosso momento de tomada de consciência, de descobrir nossos limites e nossas possibilidades. Através de uma relação dialógica afetiva e sensível, de uma leitura crítica e da integração de cada "mundo", buscamos a transformação possível, novos saberes e fazeres.

Este momento ocorreu após o animador sistematizar a temática e devolvê-la ao grupo, pois que, "sendo dele, volta agora a ele, com problemas a serem decifrados, jamais como conteúdos a serem depositados" (Freire, 2000, p.118). Todo esse processo extrapola os limites da sala de aula para atingir um espaço que Paulo Freire denomina de **Círculo da Cultura**, que é o espaço de viver e conviver, de encontro entre um grupo. São unidades de ensinar aprender. Entre os integrantes do círculo da cultura há um denominado de animador, que responde pela organização e encaminhamentos que se fizerem necessários.

Considerando que essa é uma proposta voltada para o educar-cuidar baseada no referencial de Paulo Freire, em que estão envolvidos "profissionais do cuidado", propomos que nosso trabalho se desenvolva no espaço denominado **Círculo Terapêutico**, porque entendemos que, quando, a partir de um processo interativo, **educamos**, estamos **cuidando**, no sentido de "cultivar e nutrir a vida" (Patrício, 1996). Reforçando o caráter paralelo do **educar cuidar**, Carvalho (2000, p. 42) diz que "não se pode admitir o cuidar sem que se considere o educar paralelamente, pois este intercâmbio promove momentos de trocas de saberes, informações e sentimentos". Educar-cuidar possibilita viabilizar a maior finalidade do trabalho em saúde, que é "capacitar os indivíduos em sua autonomia, para que conquistem melhores condições de vida" (Kleba, 1999, p. 122).

O processo de educar-cuidar desenvolvido no estudo aqui descrito foi adaptado de Freire, segundo o qual educadores e educandos aprendem e cuidam juntos. Constituiu-se num processo de ação-reflexão em que a prática orientada pela teoria reorienta o processo de educar-cuidar para que "os homens, através de uma práxis verdadeira, superem o estado de objetos, como dominados e assumam o de sujeitos da história" (Freire, 2000, p.156). Assim, o **Círculo Terapêutico** se propõe, a partir da realidade, construir com os sujeitos um processo educativo-cuidativo fundamentado na metodologia libertadora e problematizadora. É na ajuda mútua que buscamos nossa "cura", nossa transformação. A pessoa que se dispõe a passar por um processo terapêutico está comprometida com ela mesma no sentido de buscar novas opções, construídas com consciência, maturidade, vivência e respeito pelos outros.

O **Círculo Terapêutico** foi proposto no sentido de melhorar, promover, conduzir de um estado de limitações e incapacidades para uma situação de possibilidades. Foi um espaço que possibilitou o autoconhecimento e ofereceu subsídios para que cada indivíduo tomasse para si a responsabilidade pela transformação, pois ninguém educa-cuida ninguém, mas todos se educam e cuidam mutuamente (Freire, 2000). Foi uma estratégia para promover mudanças e construir uma ponte entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho.

O **Círculo Terapêutico** constituiu-se como um grupo de trabalho. Entendemos grupo como um “conjunto de pessoas interagindo em tempo e espaço, articuladas pelas suas mútuas representações internas, que se propõem, implícita ou explicitamente a uma tarefa (...)” (Rivién apud Rodrigues, 1997).

Essa concepção é reforçada por Freire (1993, p. 65) quando diz que “grupo é o resultado da dialética entre a história do grupo (movimento horizontal) e a história dos indivíduos com seus mundos internos, suas projeções e transferências (movimento vertical) no suceder da história da sociedade em que estão inseridos”.

### **2.1.3 Apresentando os pressupostos e conceitos**

Nossa proposta levou em consideração o bom senso, o respeito, a opinião e a liberdade do ser humano, bem como os valores adquiridos em nossa vida. Foi, sobretudo, uma proposta de compartilhar a construção de um conhecimento, construída, também, com base em alguns pressupostos,<sup>3</sup> quais sejam:

. Educar não é transferir conhecimento, é libertar o ser humano da cadeia do determinismo de forma a contribuir para a construção de um ser que se reconheceu repleto de possibilidades.

. O enfermeiro, ao concluir o curso de enfermagem, não tem condições adequadas de exercer a profissão da forma esperada, por não ter sido capacitado durante os anos de formação profissional (Lima, 1993, p. 2).

---

<sup>3</sup> Pressupostos são, conforme Ludke e André (1996), as convicções, crenças, valores e princípios que orientam o pensamento do pesquisador sobre a temática de sua pesquisa.

. A formação dos acadêmicos deve oportunizar a vivência de situações que possibilitem a construção de conhecimentos geradores de novas formas de olhar, de novas posturas de educar-cuidar em seu cotidiano.

. A academia deve voltar seu olhar de forma a construir um caminho que oportunize uma relação integrativa entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho.

. A família não é um objeto passivo de cuidado, mas, sim, sujeito de seu próprio processo de cuidar e ser cuidada. Conviver e trabalhar com as famílias exige a compreensão do desenvolvimento de componentes, como relações sociais, cultura, sensibilidade, ética e competência técnica.

. Na prática educativa-cuidativa com as famílias, o educador-cuidador e o educando-cuidado buscam, juntos, instaurar a transformação da realidade.

Os **conceitos**<sup>4</sup> que formaram o eixo de sustentação deste estudo foram *ser humano, diálogo, enfermagem, processo educativo-cuidativo e ambiente*, os quais serão explicitados a seguir:

. **Ser humano:** é um ser inconcluso, histórico, vivendo no seu tempo, buscando ser mais; à medida que educa, cuida, é educado e cuidado. Reflete num processo crítico-reflexivo, imbuído de princípios éticos, e transcende buscando a transformação da realidade a partir de suas vivências nessas realidades.

. **Diálogo:** consiste numa relação horizontal entre os homens, fundamentada no respeito ao saber do outro, na humildade, na confiança, na esperança e no amor, que busca promover a conscientização com a finalidade de conduzir a uma ação transformadora pela ação e reflexão, pois não há palavra verdadeira que não seja práxis.

. **Enfermagem:** enquanto prática, implica um processo de ação-reflexão numa práxis sobre o cotidiano do educar-cuidar com vistas a transformá-lo. Interage dinamicamente com seres humanos, mediando e compartilhando o processo de educar-cuidar.

---

<sup>4</sup> Conceitos são abstrações ou imagens mentais dos objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade...; podem ser percebidos por duas ou mais pessoas e cada pessoa pode ter uma percepção diferente do mesmo conceito (Trentini, 1987, p.136).

. **Prática educativa-cuidativa:** é uma prática libertadora, um processo que parte da realidade vivida pelo grupo, no qual os seres humanos se educam e se cuidam mutuamente e, num processo crítico-reflexivo sobre esta realidade, buscam transformá-la.

. **Ambiente:** é o espaço onde vivem e convivem os seres humanos e que se transforma pela sua ação.

## **2.2 Transpondo limites e identificando possibilidades na prática educativa-cuidativa com as famílias**

Este estudo foi realizado no período de outubro a dezembro de 2001, junto a um grupo de nove componentes, sendo que destes, três (3) eram enfermeiros do PSF da cidade de Passo Fundo, RS, cinco (5) eram alunos do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo e que estavam realizando seu estágio curricular em unidades do PSF e a mestrando no papel de facilitadora.

Por se tratar de uma proposta dialógica em que os integrantes do Círculo Terapêutico educam e se cuidam mutuamente, toda construção do processo ocorreu a partir do primeiro encontro, com a identificação dos "temas geradores", os quais brotaram de situações concretas dos sujeitos. Nos demais momentos, ocorreu o que Freire chama de "codificação", que é a representação da situação existencial em suas várias dimensões; surge a partir do diálogo reflexivo e crítico entre os sujeitos. A "decodificação" constitui-se na análise da situação decodificada. Mocinho (2000) diz que, na decodificação, os sujeitos, num movimento constante de ir e vir do abstrato ao concreto, são desafiados a exteriorizar os sentimentos e opiniões sobre si e dos outros. Assim, dá-se o "desvelamento da realidade", que é o momento da reflexão, substituindo a visão parcial pela visão global, na perspectiva de transformar essa realidade.

Como forma de enriquecer nosso processo de cuidar-educar, além do Círculo Terapêutico, foi realizada uma entrevista (Anexos 1 e 2) com os sujeitos. Salientamos que as entrevistas realizadas não transpuseram os momentos do CÍRCULO TERAPÊUTICO, foram apenas complementares do mesmo.

Optamos pela entrevista porque, segundo Minayo (1996), é a técnica mais usada no trabalho de campo e se constitui num importante instrumento pelo fato de ser a fonte reveladora das representações de um grupo em uma determinada situação e momento histórico. Gauthier et al. (1998) afirmam que a entrevista possibilita a expressão das contradições entre as necessidades dos sujeitos e os movimentos das relações sociais naquele espaço.

Para a realização da entrevista, foram agendados, individualmente, com os sujeitos o melhor horário e local para sua realização. Assim, as entrevistas com os alunos foram realizadas na universidade, por ser um local de maior conforto, uma vez que eles já se encontravam nas dependências da mesma, e as entrevistas com os enfermeiros ocorreram em seus locais de trabalho, pelo mesmo motivo.

Os registros foram feitos em diário de campo, a partir das observações nos momentos do Círculo Terapêutico, transcrições das gravações e das entrevistas com os sujeitos.

Após cada momento, foi realizada leitura exaustiva do diário de campo, buscando imersão e identificação com os dados, com o intuito de delinear o momento posterior. Ainda que cada etapa fosse conduzida e validada pelo grupo num movimento de ir e vir, reservamos o último encontro para validação dos conceitos, dos pressupostos e do trabalho como um todo.

Optamos pela utilização de Freire em nosso referencial por considerarmos que a prática assistencial planejada constitui-se numa proposta de construir um conhecimento a partir de um processo de ação-reflexão de um grupo.

### **2.2.1 Fecundando o Círculo Terapêutico**

O primeiro passo foi contatar com o curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (Anexo 3) e coordenação do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde e do Meio Ambiente de Passo Fundo (Anexo 4), solicitando-lhes autorização para realização do estudo, uma vez que os sujeitos

envolvidos (alunos e enfermeiros) pertenciam a essas instituições. Obtida a autorização, iniciamos os contatos com os alunos e enfermeiros.

O município de Passo Fundo aderiu ao Programa de Saúde da Família, inicialmente, com quatro equipes. Assim, foram convidados pessoalmente três enfermeiros e o quarto, por telefone, uma vez que não se encontrava no município. Os quatro concordaram em participar do estudo.

Quanto aos alunos, selecionamos para esta prática quatro dos que estavam realizando seu estágio curricular na área de saúde pública e com atividades que envolvessem o Programa de Saúde da Família. Igualmente, todos concordaram em participar do trabalho.

A partir desse contato inicial e aceitação de todos os participantes, combinamos, via telefone, a confirmação da data, local e horário do primeiro encontro. Com a confirmação dos integrantes do grupo, iniciamos os preparativos para a realização dos encontros. Foram realizados quatro encontros, todos pela parte da manhã, com duração de duas horas-aula, em média, cada um. O cronograma, horário e local dos encontros foram acordados com os participantes no primeiro encontro.

Os encontros foram realizados em uma sala do curso de Enfermagem da UPF, a qual oportuniza um ambiente confortável, é de fácil acesso a todos e oferece privacidade. Procuramos, dessa forma, evitar o que é identificado por Haguette (1990, p. 78) como “quebra de espontaneidade”, por eventuais interrupções que viessem a acontecer. Nos encontros, oferecemos um lanche variado visto que “a comida é uma atividade altamente sociabilizadora num grupo, porque permite a vivência de um ritual de ofertas ...comer junto também é uma forma de conhecer o outro e a si próprio (...)” (Freire, 1993, p. 65).

Em todos os encontros, as cadeiras foram dispostas em círculo como forma de oportunizar o Círculo Terapêutico, pois a forma circular “é a melhor alternativa para o trabalho de grupo, ela cria um espaço psicológico e um tempo que permitem a visibilidade de todos os participantes” (Castilho, 1998, p.39). Foram realizados sob a forma de oficinas, apoiados na metodologia de “recriação

de referenciais”, desenvolvida pelo Núcleo Transcriar/UFSC<sup>5</sup>. Utilizaram-se técnicas de dinâmica de grupo por se entender que oportunizam o despertar do desejo de ensinar e aprender aos integrantes do grupo. Aí começava nosso grande conflito, pois trabalhar com grupos exige do facilitador experiência, intuição e percepção, as quais são postas à prova a cada instante. Estaríamos preparadas para o desafio? Resolvemos enfrentá-lo seguindo o pensamento de Castilho (1998, p. 3): “(...) só aqueles que têm a coragem de correr o risco de se expor é que estão preparados para trabalhar com grupos”.

### 2.2.2 Nasce o Circulo Terapêutico

Enfim o grande momento, o primeiro encontro. O ambiente estava preparado, as cadeiras estavam dispostas, o lanche arrumado, o retroprojeter estrategicamente colocado, som ligado, as etapas cuidadosamente planejadas. E os participantes do grupo? Onde estavam? Quanta ansiedade nesta espera...

Aos poucos e pontualmente, todos foram chegando. Apenas um dos enfermeiros mandou avisar que não poderia participar e, uma surpresa, uma aluna trouxe uma colega que também gostaria de participar porque estava envolvida com a Saúde Pública e sentira curiosidade com a proposta. Sem dúvida, ela foi bem aceita.

Após as apresentações, iniciaram-se as atividades do dia. Com o auxílio do retroprojeter, foram explanados os objetivos do trabalho, a metodologia a ser desenvolvida, bem como os aspectos éticos que permeariam o trabalho.

Tendo por princípio que todo profissional deve manter-se atento e orientar-se de acordo com as diretrizes da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e do Código Profissional, tivemos a preocupação de observá-las especialmente no que se refere a :

- . *Consentimento livre e consciente dos indivíduos*: a fim de que pudessem decidir se queriam ou não participar de uma pesquisa, os sujeitos receberam informações suficientemente claras sobre o que iriam assumir, assinando um

<sup>5</sup> Transcriar: Núcleo de estudos participantes do processo de viver e ser saudável - Universidade Federal de Santa Catarina.

termo de aceite (Anexo 5), como forma de assegurar seu consentimento. Por se tratar de uma atividade com "pessoas cativas" (Contandriopoulos et al., 1999, p.102), os alunos foram informados de que eram completamente livres, podendo retirar-se a qualquer momento sem que isso fosse motivo de prejuízo ou represálias;

- . *Respeito à confidencialidade e ao anonimato*: os envolvidos tiveram a garantia de sigilo sobre as informações prestadas. A fim de manter o anonimato dos integrantes do grupo, foi-lhes solicitado que escolhessem um crachá colorido, pois, a partir daquele momento, cada um seria identificado por sua cor em todas as atividades realizadas; também o material que receberiam ou que utilizariam teria a cor escolhida por eles. A preocupação de garantir uma cor específica a cada um dos participantes justifica-se para garantir o seu anonimato, como preconiza a ética científica, mas também para garantir a sua individualidade dentro do grupo, evitando reduzi-lo a um número ou a um código. Cada "cor", com sua luz e luminosidade própria, poderia, no grupo, juntar-se às demais para formar um "arco-íris" de novas possibilidades.

Já nesse momento, pudemos observar o comprometimento do profissional junto a sua equipe e a valorização que dava ao seu trabalho quando um dos integrantes do grupo apressou-se a escolher a cor verde-escura porque

*"esta é a cor da minha equipe de PSF".*

→ Bettinelli (1998 p. 29) salienta que "à medida que as pessoas se sintonizam com seus propósitos de vida, o nível de motivação tende a se elevar exponencialmente". Nesse sentido, os profissionais que acreditam no seu trabalho vão contribuir, sobremaneira, dentro de suas equipes, expondo-se, descobrindo e compartilhando novas formas de educar-cuidar.

A partir desse primeiro encontro, todos passaram a usar o crachá (Anexo 6), que os identificava segundo a cor escolhida. Seguindo os princípios éticos, também solicitamos aos participantes a permissão para uso do gravador durante os encontros, considerando que não poderíamos perder a riqueza das discussões no grupo para a construção do nosso processo educativo-cuidativo fundamentado em Freire e que tem como o alicerce principal o diálogo.

Com o objetivo de identificar quem é quem entre os participantes, de proporcionar integração do grupo e, também, de iniciar a construção dos conceitos, aplicamos a técnica de grupo "Quem sou eu?" (Anexo 7) e a técnica "EU presente, passado, futuro" (Anexo 8), baseadas em Vizzolto.

Considerando que o Círculo Terapêutico pretende construir com os sujeitos um processo de ação-reflexão fundamentado na metodologia libertadora problematizadora de Freire, foi aplicada a técnica de Vizzolto "Tomando Decisões" (Anexo 9), como forma de auxiliar na identificação dos "temas geradores" a partir da realidade de cada um e do grupo. Souza (1995, p. 35) refere que "a percepção dos cuidadores sobre a realidade é algo que encontra-se embutido em suas falas, nos gestos e olhares, que muitas vezes encerram conteúdos profundos a serem desvelados através da prática e da reflexão".

Na seqüência, foi realizado um momento de relaxamento, quando foi colocada uma música suave e cada um pôde expressar seus sentimentos em relação ao encontro. Na despedida, cada participante recebeu um texto com uma reflexão de Freire e o agendamento para o próximo encontro (Anexo 10).

Julgamos importante ressaltar que, neste primeiro encontro, a partir das técnicas realizadas, das notas de observação e do processo de reflexão, foram identificados os temas geradores que seriam a base de sustentação dos encontros seguintes do Círculo Terapêutico.

Passamos, a seguir, a identificar os temas geradores mais emergentes que foram validados por todo o grupo:

- . Trabalho em equipe e as questões de "poder" dentro do grupo;
- . O prazer e o desprazer de trabalhar com as famílias;
- . Desvinculação da teoria com a prática e a forma impositiva de educar-cuidar.

Nesse encontro, concretizou-se o nascimento do Círculo Terapêutico, com nove participantes, sendo cinco alunos, três enfermeiros e a mestrande no papel de mediadora.

Os encontros que se seguiram, denominados de *Crescimento e Desenvolvimento do Círculo Terapêutico*, foram realizados num processo de

ação-reflexão a partir dos temas geradores identificados, com o propósito de transpor limites e identificar possibilidades na prática educativa-cuidativa com as famílias.

*“Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fizemos.”*

*Paulo freire*

### **3. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO CÍRCULO TERAPÊUTICO**

Neste capítulo, apresentamos os temas geradores: trabalhando em equipe e as questões de poder dentro do grupo, o prazer e o desprazer de trabalhar com as famílias, desvinculação da teoria com a prática e as formas impositivas de educar-cuidar e, por fim, a avaliação do círculo terapêutico.

Os dados do estudo são aqui trazidos através de um entrelaçamento das colocações e reflexões que surgiram nas situações vivenciadas, com apoio na literatura.

A partir do desvelamento da realidade, isto é, da identificação dos temas geradores, dirigimos nosso olhar para as possibilidades de novas formas de educar e novas posturas de cuidar. Em cada encontro, foi abordado um tema, não significando, com isso, a exclusão dos demais, uma vez que eles apareciam num movimento de ir e vir, permeando as falas e reflexões a cada momento.

#### **3.1 Trabalho em equipe e as questões de poder dentro do grupo**

Como no encontro anterior, os momentos que antecederam o início das atividades foram de muita expectativa e de ansiedade em relação ao comparecimento das "cores" e ao desenrolar das atividades. Mas, à medida que

elas iam chegando, já começavam a compartilhar e confraternizar. Até mesmo uma delas, que, no encontro anterior, havia dito

“... não sou de muita enrolação, gosto de ir direto ao ponto...”,

mostrava-se muito motivada para as atividades do dia e curiosa para saber a forma como seriam trabalhadas.

O primeiro tema a ser trabalhado nesse dia foi o **trabalho em equipe e as questões de “poder” dentro do grupo**. Para tanto, foi utilizada a “Técnica dos Balões”, adaptada de Regina (1977) (Anexo 11), com o objetivo de identificar as possibilidades e limites do trabalho em equipe, bem como o papel de cada um dentro dessa.

Castilho (1998), referindo-se ao trabalho em equipe, reforça a importância de estimular os participantes a desenvolverem determinadas habilidades que são primordiais para o trabalho, como saber ouvir, saber falar com adequação, dar e receber *feed-back*, desenvolver sua autonomia, desenvolver sua liderança, desenvolver espontaneidade e franqueza.

Considerando que o trabalho em equipe é um dos pilares fundamentais do Programa de Saúde da Família, faz-se necessário que a estrutura das equipes seja fortalecida, bem como que cada participante tenha clareza do seu papel e da sua importância dentro dela. Cada um deve se assumir enquanto participante da equipe, com sua individualidade, na construção de um objetivo comum.

Isso significa que cada participante deve exercitar sua fala, sua opinião, seu silêncio; defender seu ponto de vista; descobrir que, mesmo tendo objetivo comum, cada um é diferente. Nessa descoberta da diferença, vai construindo sua identidade e introjetando o outro dentro de si (Freire, 1993).

Evidentemente, para exercer com competência nosso papel dentro da equipe, necessitamos de formação, num processo permanente, dialógico, no qual “só ensina quem aprende”, ou seja, a aprendizagem “só existe na circulação de saberes e conhecimentos, entre ensinante e aprendente, entre o sujeito que tenta compreender o mundo e o outro que se interpõem entre ambos” (Grossi, 1993, p. 75 ). A ausência desse processo dialógico no trabalho com as famílias, no qual um aprende com o outro, pode ser claramente visualizada num momento do grupo, quando uma das “cores” expressou:

“Na realidade, o que acontece nas equipes é que, na medida em que eu tento me manter, esmago o outro (rebento o balão do outro). Preciso me manter e, para tanto, preciso acabar com o outro. O que importa é EU enquanto profissional não Nós enquanto equipe”.

Moreto (2000, p. 114), referindo-se às relações de trabalho, ressalta que “a enfermagem, como categoria, e a equipe multiprofissional têm muito a aprender sobre as relações de trabalho. A competitividade é salutar quando vem somar ao grupo multidisciplinar, mas é maléfica quando prevalece apenas o interesse individual”.

Já, outra “cor” descobriu as “possibilidades” quando referiu:

“Descobri perguntando, aprendi a negociar, até chegar a compartilhar”.

A técnica dos balões oportunizou momentos de descontração e, também, de profunda reflexão quanto ao nosso papel e à nossa forma de ser dentro da equipe, como foi muito bem explicitado por uma das “cores”:

“A partir do desmanche, surgiu uma equipe, mas só após o diálogo”.

As possibilidades surgem só com o diálogo franco e fraterno, como bem diz Freire; educar e aprender só é possível através do diálogo.

Na seqüência do trabalho, utilizamos a “Técnica da Corda” (Anexo 12), adaptada de Castilho (1998), com o objetivo de identificar as questões de **poder** e os sentimentos que esse desperta na equipe, os quais podem ser ilustrados na fala de uma das “cores”:

“(…) ou eles mandam ou abandonam (……)”

Por meio dessa fala, podemos observar claramente a falta de interação entre a equipe. King (apud George, 1993, p. 130) define *interação* como um “processo de percepção e comunicação entre a pessoa e o ambiente, e entre uma pessoa e outra, representado por comportamentos verbais e não verbais voltados para uma meta”.

Na medida em que um “manda” e outro “obedece”, ou, quando não é “obedecido”, “abandona”, como foi explicitado, o processo de interação não acontece. Os sujeitos não estão agrupados em torno de uma meta, mas, sim,

voltados a interesses individuais, vislumbrando, com isso, apenas deter o poder, “que é a capacidade de influenciar as pessoas e a autoridade, que se constitui em direito institucionalizado pela posição que ocupa” (Poletto, 1998, p. 14). Esta concepção encontra eco na fala de uma das “cores”:

**“O médico parece que está numa redoma, só ele que sabe e que manda, tem muita dificuldade de trabalhar com a equipe...”.**

A luta pelo reordenamento das relações no trabalho dentro das equipes nos leva a uma profunda reflexão sobre a forma como esses trabalhadores foram educados. Como manter em harmonia e articulados corpos que foram tão segmentados durante o seu longo processo de formação profissional? Como transformá-los numa equipe multidisciplinar quando foram formados unidisciplinarmente, isolados em suas unidades acadêmicas? Que estratégias usar para que vários corpos se transformem em segmentos que constituirão um só corpo?

Por esse prisma, observa-se a necessidade de se estimular nas equipes atitudes que conduzam à interação, afastando o sentimento de dominação nas relações interpessoais. Segundo Poletto (1998), tais atitudes, permeadas pelos princípios morais e éticos, podem transformá-los em sujeitos participativos, que sabem controlar continuamente a sua própria ação, o que os levará a uma relação de sintonia comunitária.

O papel do profissional, segundo Foucault (1988, p.11), “não é o de se colocar um pouco à frente ou um pouco de lado, para dizer a muda verdade de todos, é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento na ordem do saber da verdade, da consciência, do discurso”.

Esse processo exige que cada um, dentro da equipe, mobilize sua capacidade construtiva na busca de resolver ou diminuir as ansiedades que se manifestam nessas relações.

Com base nesse contexto, o grupo vislumbrou a necessidade de reformular o modo de pensar e agir no seu cotidiano de trabalho. Poletto (1998, p. 4), reforçando essa concepção, diz que “a expectativa do futuro traz a necessidade

de criar uma clara visão de reciprocidade nas relações de trabalho, compatíveis com o compartilhamento de ações, sonhos e desejos na busca da transparência nos diálogos e no respeito à integralidade dos seres”.

O trabalho em equipe deve ser um processo em que os sujeitos busquem, através do diálogo, a prática da reflexão no grupo com a finalidade de transformar os conflitos interpessoais em alavancas para a construção conjunta do **educar-cuidar**.

Para encerramento do encontro descrito, foi utilizada a "Técnica do Carinho" (Anexo 13), com o objetivo de fazer com que cada um demonstrasse seu carinho ao colega.

Ao sair, cada “cor” recebeu uma pequena mensagem junto com o lembrete do próximo encontro.

### **3.2 O prazer e o desprazer de trabalhar com as famílias**

No dia desse encontro, a ansiedade e a incerteza eram bem menores. Já percebíamos o interesse que as “cores” vinham demonstrando para participar dos nossos momentos dentro do Círculo Terapêutico, bem como a riqueza de suas contribuições na construção de nosso processo de educar-cuidar.

Após os cumprimentos iniciais, propusemos o trabalho com o tema gerador **o prazer e o desprazer de trabalhar com as famílias**. Para tanto, utilizamos a "Técnica do Alimento", baseada em Patrício et al. (1999) (Anexo14), com o objetivo de desenvolver percepções para valorizar as pequenas coisas em todos os momentos e sentir o cotidiano, uma vez que a fala de uma das “cores” muito bem expressava o desânimo com as ações desenvolvidas no cotidiano com as famílias:

“Não adianta, ontem a gente orientou,. Hoje quando fui fazer a visita estava tudo igual. (...)”  
“(... ) um grupo até que segue as orientações mas os outros, parece que nem é com eles. (...)”

A partir dessa falas, podemos perceber a falta de interação entre o profissional e a família, obstaculizando, dessa forma, o processo de educar-cuidar.

Patrício (1996) lembra que há muitas formas de cuidar, entre as quais relaciona: dialogar, trocar idéias, estabelecer, orientar, acomodar e/ou repadronizar modos de cuidar, propor ou negociar modos de cuidar (compreender), respeitar, não condenar, aceitar expressões de sentimentos negativos... Para a autora, diante de situações como as relatadas pelas “cores”, utiliza-se o “não julgar, mas compreender”, oportunizando a reflexão a partir da realidade e dos desejos daquele que está sendo educado-cuidado, de forma que ele mesmo consiga perceber a necessidade e a importância das coisas.

Acreditando que essa prática educativa-cuidativa não é centrada em resultados imediatos, mas tem como eixo norteador a valorização das pequenas coisas do cotidiano de cada um, foi entregue às “cores” o texto “O jovem e as estrelas-do-mar” (Anexo 15), com o qual visávamos reforçar a valorização de cada “educar-cuidar” em nosso cotidiano.

### **3.3 A desvinculação da teoria com a prática e a forma impositiva de educar-cuidar**

O último “tema gerador” a ser trabalhado foi a **desvinculação da teoria com a prática e a forma impositiva de educar-cuidar**. Para desenvolvê-lo, foi utilizada a “Técnica da Bolsa” (Anexo 16), adaptada de Castilho (1998), por meio da qual objetivávamos identificar os limites e as possibilidades na prática educativa cuidativa com as famílias. Esta técnica despertou em todas as “cores” sentimentos dos mais variados, como podemos perceber em suas falas:

“(…) a gente não invade a casa do paciente, a gente descobre a casa e a família é a maior riqueza que a gente tem para trabalhar com os pacientes. (..)”

“(…) agora percebo que não podemos invadir as famílias dizendo o que é certo ou errado, deve haver trocas. (..)”.

Segundo Freire, o processo educativo não ocorre de forma impositiva, daquele que sabe para aquele que nada sabe, mas, sim, de forma dialógica, com

os sujeitos se encontrando para a construção de um conhecimento a partir de necessidades sentidas por eles enquanto sujeitos. Essa forma de educar-cuidar oportuniza que nos desprendamos do passado e vivamos um presente mediado por princípios libertadores, buscando resolver as diferenças e a percepção do outro e, então, como seres dialógicos, num processo compartilhado, construir e nos reconstruirmos através de nossas relações.

Isso implica romper com os paradigmas vigentes, de que profissionais são os detentores do **poder**,

**“Ele não mais é o dono do dinheiro, mas apenas o gestor”. (...)**

e do **saber**

**“Nós estamos mais preparados que eles para trabalhar com a parte preventiva”.**

Implica, também, romper com as ações educativas preconcebidas, não individualizadas, possibilitando “um encontro de sujeitos, em processo de relações interpessoais, onde os profissionais e a população se percebem, trocam e crescem como sujeitos” (Ramos, 1999, p. 51).

**“compartilhar o pensamento, saber como tratar um ou outro não tem em livro, e é a mesma coisa na família. Temos que identificar as necessidades e as possibilidades de cada um dentro da família...”**

Nós, enquanto profissionais, não podemos dar à população os caminhos, mas devemos permitir às pessoas, como seres pensantes que são, que dialoguem, conheçam, reflitam e construam seus próprios caminhos. Há muitos caminhos, assim como muitas verdades. Não somos nós, profissionais, os únicos detentores de verdades e conhecedores de caminhos, mas podemos ser o elo de interação, de forma que o processo de **educar-cuidar** seja construído, como diz Patrício (1996, p. 42), “no laboratório da vida, no cotidiano do pensar-sentir-fazer, tendo como base a participação efetiva do sujeito-cliente em todo o processo”.

Surgem, entretanto, algumas interrogações: que se deve fazer para que os profissionais assumam este novo caminho?

Freire (2000) diz que, para caminhar, precisamos aprender os passos e, para vivenciar o caminho, é preciso iluminá-lo. Mas que estratégias utilizar para iluminar esse caminho?

Essa interrogação se torna mais vigorosa quando nos deparamos com Freire (2000, p. 27) dizendo que “era como se a família e a escola completamente subjugados ao contexto maior da sociedade global, nada pudesse fazer a não ser reproduzir a ideologia autoritária”.

A mesma interrogação cristaliza-se na fala de uma das “cores”:

“O problema é a forma impositiva que chegamos nas casas, estamos refletindo o que nos foi passado na universidade”

Consideramos que o processo ensino-aprendizagem não pode ser entendido como um depositar informações, mas como uma construção de consciência. Benincá (2000, p. 24) parte do pressuposto de que

“a sala de aula deve ser o palco de debates, e não apenas o lugar de narração. A elaboração de um programa de ensino deve ter por objetivo a proposta de criar condições para envolver professor e aluno nos debates e a conseqüente formação de raciocínio, espírito participativo e crítico e o hábito de reflexão tendo como estratégia o diálogo”.

Focalizando nosso olhar em nossos currículos e na forma como os conteúdos são desenvolvidos, vem-nos à mente outra interrogação: se utilizamos em nossos currículos o método de educação bancária, segundo o qual o educador é o que sabe e os educandos nada sabem, como esperar que esses se tornem enfermeiros críticos e comprometidos com um trabalho multidisciplinar na construção de um cuidado com as famílias?

O projeto político-pedagógico dos cursos requer uma construção coletiva, tendo como “pano de fundo” a própria sociedade, onde os atores participam com suas crenças, valores, idéias, necessidades e possibilidades, de forma compartilhada, interagindo entre si, num processo dinâmico.

A busca de um novo profissional requer mudanças no modo de pensar e construir o processo formador. Lunardi e Borba (1998, p. 178) referem a respeito:

“A proposta de formação de uma nova enfermeira pode exigir que a docente, como enfermeira, se disponha a imergir num processo de (des)

construir-se, também, como enfermeira que sabe como aprender e avançar e, mais do que isto, se disponha a pensar, o que implica em duvidar, questionar, criticar e aventar novas possibilidades quanto ao seu fazer”.

Para que o aluno atente para “novas possibilidades”, é fundamental despertar nele a curiosidade, “como inquietação inovadora... parte integrante do fenômeno vital” (Freire, 2000), assim, ele se moverá em busca de novos caminhos, de novas soluções. Diante disso, cabe-nos mais uma interrogação enquanto educadores na área de saúde: qual é a relação entre a formação do enfermeiro e a sua prática profissional?

A preocupação com a dissonância entre o ensino e a prática de enfermagem tem sido o enfoque de vários autores, como Waldow (1995), Lima (1993), Lunardi e Borba (1998), Unicouski e Lautert (1998). Podemos sentir essa dissonância pelos depoimentos das “cores”:

“Não estamos preparadas para resolver problemas. A forma como a Universidade desenvolve seus conteúdos não prepara o aluno para ir além, ele só vê o momento, não sabe tomar decisões, porque aprende fora da realidade onde vai conviver”.

“A Universidade não prepara... o que nos ensina é totalmente diferente da realidade”. “A Universidade não prepara... o que nos ensina é totalmente diferente da realidade”.

“Me formei e fui para a saúde pública. Só me deparei com problemas. Acho que a formação universitária tem que preparar emocionalmente e também para o manejo das situações. Da universidade recebemos tudo pronto, não estava preparado para o manejo das situações. Aprendi vivendo (...)”.

“Descobri perguntando, aprendi negociando... diferente da universidade quando tudo estava resolvido”.

“Seria importante que durante a faculdade viesse alguém dos serviços (...)”

“Nossos estágios concentram-se muito no hospital”.

A ênfase hospitalocêntrica que tem perpassado grande parte dos currículos evidencia a fragilidade da formação de profissionais comprometidos com novos paradigmas.

A desvinculação da teoria com a prática e a formação de profissionais em cursos fundamentados no paradigma tecnológico, centrado no hospital, também são preocupação da Rede Unida.<sup>6</sup> Em seu editorial no número 1, de 2000, essa rede atenta para a necessidade de serem desencadeadas no processo formador ações vinculadas a uma lógica assistencial coerente com os princípios do SUS, quais sejam: equidade, universalidade, integralidade, descentralização e participação social. Aponta, ainda, para a importância de serem criados espaços de articulação entre instituições de ensino e serviços.

O parecer 314/94 do Conselho Federal de Educação, que embasa a portaria 1721/94 – MEC (Brasil, 1994), indica que

“o estudo teórico deve emanar dos problemas vivenciados pelos alunos à medida que estes ocorrem no dia-a-dia das atividades de aprendizagem. O estágio curricular deve ser programado, acompanhado e avaliado pela escola e pelo enfermeiro dos serviços de saúde onde se realizarão tais estágios. A formação do enfermeiro deve capacitá-lo a aprender a complexidade do trabalho de saúde, que é por natureza coletivo e interdependente.”

A integração da teoria com a prática deve ser construída e ancorada, num horizonte técnico, em posturas e práticas profissionais, mas inspirada pela realidade e percepções dos atores envolvidos. Para tanto, faz-se necessária uma reflexão sobre os paradigmas que norteiam a formação dos profissionais, bem como sobre as práticas de saúde como forma de (re)orientar o processo ensino-aprendizagem e, assim, possibilitar o desvelar de novas formas de educar-cuidar.

Inspirando-nos em Grossi (1993), entendemos que se faz necessário, também, que os educadores-cuidadores atendam à premente demanda de mudanças, reiventando as instituições formadoras a fim de que elas, ao se aproximarem e compartilharem do cotidiano do mundo do trabalho, assumam a (co)responsabilidade na organização da sociedade e na tarefa de aumentar o prazer no mundo.

Nossas interrogações nos impulsionam a uma pesquisa bibliográfica, quando então constatamos que algumas estratégias já estão sendo

---

<sup>6</sup> Rede Unida é constituída de projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças não só em saúde, mas também nas formas de participação social, sempre em coerência com os benefícios do SUS. Assume em sua temática central a formação e captação de recursos humanos em saúde. (Costa et al., 2000, p.17 )

implementadas, entre elas as vivenciadas pela Rede Unida, a qual está profundamente imbuída do objetivo de fortalecer o papel da universidade na formação de cidadãos com capacidade de reflexão, de crítica e de ação transformadora.

Considerando o processo formador, Moretto (2000, p. 138), em seu estudo, refere que as novas Diretrizes Curriculares “apontam para uma concreta interdisciplinaridade curricular, bem como para a melhor distribuição entre o enfoque preventivo e curativo”.

Seguindo a mesma direção, o novo currículo mínimo de enfermagem, portaria 1 721/94 (Brasil, 1994), determina que, ao final do curso, o aluno realize um estágio supervisionado em uma área de sua escolha. O parecer 314/94-CFE, que embasa a portaria citada, orienta que o estágio curricular deve ser programado, avaliado e acompanhado pelos docentes e pelos enfermeiros dos serviços onde tais estágios se realizarão.

Configura-se, assim, esse estágio como a conexão entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho, oportunizando a vivência com a realidade concreta do cotidiano da enfermagem, com seus cheiros, suas cores, suas contradições e seus prazeres.

**“(...) com o estágio curricular, (...) agora sim me sinto mais preparada, porque durante a faculdade tudo estava resolvido, era um faz-de-conta”.**

O estágio possibilita formar o profissional na concretude dos serviços, observando, refletindo, compartilhando, vivendo.

**“Aprendi vivendo. A primeira semana que cheguei, a enfermeira me disse: aquela é..., esta nem vale a pena, esta outra só faz o que quer. Elas também me associaram a figura da enfermeira, me consideram igual a ela. Aos poucos, a medida que fomos convivendo, nossas relações mudaram. Procurei não impor nada, mas trabalhar a partir dos conhecimentos delas. Construindo juntos...”**

Para encerrar esse encontro, utilizamos a "Técnica dos Cartões" (Anexo 17), com o objetivo de identificar como as “cores” estavam percebendo o processo educativo-cuidativo desenvolvido no Círculo Terapêutico. Na despedida,

houve quem lamentasse o fato de termos apenas mais um encontro. Todas as “cores” receberam uma mensagem (Anexo 18) e a agenda para o último encontro.

### 3.4 Avaliando o Círculo Terapêutico

Era chegado o momento de validar nossos pressupostos, nossos conceitos... enfim avaliar nossa caminhada. Lamentavelmente, três “cores” não puderam estar presentes para a construção final de nosso arco-íris; assim, as atividades foram desenvolvidas com as presentes, sendo mantido contato posterior com os ausentes para que pudessem fazer sua avaliação em outro momento e, assim, complementassem nossa composição.

Iniciamos validando os pressupostos, os conceitos e a representação do processo educativo-cuidativo, que serão apresentados mais adiante. A abordagem do marco conceitual deste estudo envolveu especialmente o processo educativo-cuidativo proposto, bem como as vivências dos atores envolvidos na práxis junto às famílias vinculadas ao Programa da Saúde da Família.

Assim, o marco conceitual teve como fio condutor os conceitos, **homem** – ser inconcluso, histórico, vivendo no seu tempo, buscando ser mais e **diálogo**, enquanto prática educativa, considerado em duas dimensões indissociáveis ação e reflexão. Consiste numa relação horizontal, dialógica, pois

“(…) se na verdade o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros de cima para baixo, sobretudo como se fossemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar” (Freire, 2000, p. 127).

Também foram construídos alguns pressupostos como forma de direcionar o olhar de educador-cuidador da pesquisadora, os quais, contudo, não foram explicitados para o grupo, considerando que a pesquisa seria desenvolvida tomando por base temas geradores; assim, optamos por não direcionar o olhar do grupo para os “nossos” pressupostos e conceitos.

Era chegado o momento da avaliação, instante em que os sentimentos afloram e em que expressamos o que temos no coração e na mente. Quando nos reportamos à palavra *avaliar*, buscamos em Ferreira (1988, p. 54) seu significado: “avaliar é determinar valia ou o valor de”. Estávamos, pois, naquele momento, imbuídos da necessidade de determinar a validade do processo que vínhamos desenvolvendo.

Como forma de oportunizar um ambiente acolhedor, no qual as “cores” pudessem se expressar livremente, colocamos uma música de fundo. Iniciamos dessa forma em virtude do próprio nome proposto, Círculo Terapêutico, uma vez que já tinha sido objeto de discussão quando da apresentação da proposta às disciplinas de Prática Assistencial - Aspectos Éticos da Assistência de Enfermagem e Educação e Assistência de Enfermagem.

Como Freire propõe para sua metodologia de educar o Círculo da Cultura, entendemos que poderíamos criar a denominação de Círculo Terapêutico porque nossa proposta se constitui num processo de educar-cuidar. Acreditamos que o ato de educar é, também, um ato de cuidar “indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social” (Collière, 1989, p. 15). A fala da “cor” que segue ratifica nossa concepção:

**“Acho que você está certa ao definir nossa prática como círculo terapêutico porque ela foi um processo permeado por práticas de educar e cuidar ou cuidar educando”.**

Monticelli (1994) diz que o cuidado está diretamente relacionado com ações educativas.

O Círculo Terapêutico, constitui-se como um processo terapêutico na medida em que oportunizou a transformação de uma realidade para outra, a identificação de possibilidades do “eu” indivíduo e do “eu” no grupo, como bem expressa uma “cor”:

**“(…) nós, enquanto participantes deste grupo acho que crescemos não só em conhecimento, mas em nossas vidas, nos sentimos gente, repleto de possibilidades de ser e conviver”**

Não se trata, apenas, de um espaço para dar respostas, mas de possibilitar construir com consciência, maturidade, vivência e respeito pelo outro. A declaração de uma "cor" avaliza a importância desse espaço para a expressão do ser:

**“Em muitas situações nos sentimos sozinhos, parece que os problemas vão além de nossa capacidade. Precisamos de alguém que nos ouça em julgar e nos ajude a construir nossa ponte para ultrapassar (...)”**

Quanto à escolha dos participantes do grupo, a opção por reunir enfermeiros e acadêmicos num mesmo espaço de construção, ambos refletindo e dialogando juntos, oportunizou aproximações e troca de vivências ente o mundo acadêmico e o mundo do trabalho.

**“A contribuição do enfermeiro no círculo foi fundamental para o nosso crescimento.”**  
**“Se tivesse sido só com acadêmicos ou só com enfermeiros não teria sido tão proveitoso...”**

A integração docente-assistencial vem, historicamente, sendo uma interrogação na maioria dos cursos de graduação em enfermagem. O aluno, durante seu processo formador, não vivencia a realidade concreta do cotidiano do enfermeiro. Logo, experiências como esta possibilitam a entrada dos serviços na academia, integrando aqueles que pensam com aqueles que fazem de forma a que ambos possam interagir e (re)pensar suas práticas educativas-cuidativas.

**“Eu não tinha nem idéia do que aconteceria, mas achei maravilhoso, principalmente a experiência de poder compartilhar em igualdade, acadêmicos e enfermeiros e construirmos juntos...”**

A escolha por técnicas de grupo - oficinas - como forma de estimular os diálogos e as reflexões foi considerada por todas as “cores” como um fator sensibilizador e integrador que permitiu que aflorasse a individualidade de cada uma, ao mesmo tempo que as despertava para a percepção de que faziam parte de um coletivo.

**“Achava que era só eu que tinha dificuldades, mas aqui, neste espaço, vi que elas são comuns...”**

Considerando que a pesquisa desenvolvida constitui-se num processo educativo-cuidativo fundamentado no diálogo reflexivo, entremeado de aspectos éticos, a opção foi por trabalhar com o grupo – técnicas de grupo-oficinas, porque nelas “a construção se dá pelas interações, sentimentos, interpretação, reflexão profunda e crítica, calcados em princípios científicos, éticos e estéticos da vida” (Patrício, 1996, p. 59).

“As técnicas foram muito bem utilizadas. A técnica da bolsa simboliza o que a gente muitas vezes faz ao chegar na casa das famílias. (..)”

“(...) é mesmo, eu cheguei na casa e já peguei todos os frascos de remédios, sem nem pedir licença e já fui descartando sem dar atenção nem mesmo ao olhar dele (...)”

“(...) nos possibilitou repensar nossas ações e perceber a necessidade de mudar nosso comportamento frente às famílias”.

Então, chegou o momento da despedida. Podíamos perceber os sentimentos que afloravam quando **metade do corpo é partida e metade do corpo é chegada**. Ao mesmo tempo que pairava a tristeza da despedida, brilhava a alegria da descoberta de novas possibilidades de pensar, de sentir e fazer, de ser um multiplicador de seu novo **educar-cuidar** em nosso cotidiano.

“Não poderia ser em um momento melhor, vou começar a trabalhar com outra visão...”

“(...) é uma pena que já está acabando, os encontros foram construtivos e ‘gostosos’, se todos construíssem assim (...)”

Como forma de “sair de campo”, foi oferecido uma mensagem (Anexo 19) e uma lembrança - árvore das sementes -, como símbolo da vida e continuidade e, sobretudo, como símbolo das novas possibilidades que emergiram durante os nossos momentos de convivência.

*“Vamos virar nossos mapas para cima,  
para o Cruzeiro do Sul.*

*Vamos criar nossos referenciais,  
nosso jeito de ver o mundo”*

*Stephen Kanitz*

#### 4. O EDUCAR-CUIDAR – UMA REFLEXÃO SOBRE A TEORIA E A PRÁTICA DOS CONCEITOS

Neste capítulo, apresentamos as reflexões que emergiram deste estudo fundamentado no processo **ação-reflexão** e que nossas percepções conseguiram captar até o momento. Rassaltamos que o ato reflexivo não se encerra aqui, porque é inacabado, sendo uma semente que vai mais além, tem seu tempo de germinar e gerar novos frutos.

Nosso ir e vir dentro do **Círculo Terapêutico** permitiu, pela ação-reflexão, desvelar a realidade do mundo do trabalho e do mundo da academia e vislumbrar um novo cenário para as ações educativas-cuidativas com as famílias. Nele percebemos a necessidade política de “fazer acontecer”, que pode ser mobilizada pelos atores que integram esse cenário e que realmente desejam transformá-lo, a partir de componentes, como relações sociais, culturais, sensibilidade, ética e competência técnica.

Percebemos a necessidade de despertar a consciência política e social tanto da academia quanto dos serviços, assim como a construção de uma ética de autonomia e singularização que permita a inclusão das pessoas enquanto sujeitos. Por isso, resgatamos Freire e sua pedagogia libertadora (2000, p. 106) quando afirma:

“Posso saber Pedagogia, Biologia como Astronomia, posso cuidar da terra como posso navegar, sou gente. Sei que ignoro e sei que sei. Por isso, tanto posso saber o que ainda não sei como posso saber melhor o que já sei e saberei tão melhor e mais autenticamente quanto mais eficazmente construa minha autonomia em respeito à dos outros”.

Visualizamos a necessidade não só de uma pedagogia, mas também de uma prática libertadora que oportunize o desenvolvimento de nossa consciência crítica e o aprendizado do **aprender a aprender, ensinar-cuidar**.

Precisamos, com base na **ação reflexão**, (re)construir nossas práticas educativas-cuidativas para transcender os conceitos conservadores das relações sociais na nossa realidade vivencial. Ramos (1999, p. 31) diz que, “a partir da reflexão sobre o cotidiano e sobre a práxis individual e coletiva, constroem-se o conhecimento novo e a possibilidade de transformação da própria práxis”.

À medida que os encontros dentro do Círculo Terapêutico foram acontecendo e até mesmo pelos nossos contatos informais, nossos pressupostos foram se cristalizando nas falas das “cores”:

- . Educar não é transferir conhecimentos, é libertar o ser humano da cadeia do determinismo de forma a contribuir para a construção de um ser que se reconheceu repleto de possibilidades.

“(…) nos estágios tudo era determinado, previsível, não precisamos pensar(…) agora a realidade é outra.”

- . O enfermeiro, ao concluir o curso de enfermagem, não tem condições adequadas de exercer a profissão da forma esperada por não ter sido capacitado durante os anos de formação profissional (Lima, 1993, p.2).

“Me formei e fui para a saúde pública. Só me deparei com problemas. Penso que a formação universitária tem que preparar emocionalmente para o manejo das situações, . Não estamos preparados para resolver as situações (...)”

- . A formação dos acadêmicos deve oportunizar a vivência de situações que possibilitem a construção de conhecimentos geradores de novas formas de olhar e de novas posturas de cuidar em seu cotidiano.

**“Cuidar e educar envolve ações complexas. Acredito que, com as famílias, estas ações devem envolver sentimentos, muita observação, a fim de identificar as verdadeiras necessidades, e então, planejar e replanejar as ações”.**

- . A academia deve voltar seu olhar de forma a construir um caminho que oportunize uma relação integrativa entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho.

**As dificuldades ao iniciar o trabalho são enormes, uma vez que não estamos familiarizados com os serviços, com as rotinas, com os programas desenvolvidos, “não estamos preparados para atuar”.**

- . A família não é um objeto passivo de cuidados, mas, sim, sujeito do seu próprio processo de cuidar e ser cuidada. Conviver e trabalhar com as famílias exige a compreensão do desenvolvimento de componentes como relações sociais, cultura, sensibilidade, ética e competência técnica.

**“É difícil fazer eles entenderem a importância dos cuidados com a higiene”.**

**“Percebo as práticas educativas cuidativas como um caminho, o qual é embasado na conquista e sensibilização da família, passando a existir cumplicidade entre os membros da mesma e os profissionais do PSF”.**

- . Na prática educativa-cuidativa com as famílias, o cuidador-educador e o cuidado-educando buscam, juntos, instaurar a transformação da realidade.

**“Na maioria das vezes somos mediadores na busca de respostas e soluções para os questionamentos da comunidade... incentivando-as na utilização de seus próprios recursos e os disponíveis na comunidade, visando a melhoria da qualidade de vida”.**

Tendo como guia o referencial teórico, nossos conceitos foram construídos num processo dialógico a partir de reflexões, tais como:

**“Não somos acadêmicos ou enfermeiros, somos antes SERES HUMANOS”.**

**“Sou persistente, tenho força de vontade...”.**

**“Luto pelo que acredito”.**

“Sempre acharemos um jeito de mudar ou melhorar alguma situação”.

“(…) proporcionando a ele o cuidado e, assim, recebendo dele, em pequenas atitudes, o cuidado como retribuição”.

“(…) partilhando e contribuindo.(..)”.

“(…) sem invadir a privacidade, sem impor”

“Através de trocas fraternas e solidárias”

“As coisas mudam, portanto temos que repensar sempre as nossas ações”.

“Ser comprometido com a saúde(…) individual ou coletiva(…)”

Desse processo de compartilhamento entre as "cores" surgiram sementes, as quais encontraram no Círculo Terapêutico um terreno fértil para germinar e desabrochar. Assim, o acadêmico de enfermagem e o enfermeiro fundiram-se em **Ser Humano**, que é um ser inconcluso repleto de possibilidades, vivendo comprometido com seu tempo, buscando ser mais ao educar e ser educado ao cuidar e ser cuidado (Figura 1). As sementes enfermagem, ambiente e família entrelaçaram-se dando origem ao conceito de **Mundo do Trabalho da Enfermagem** com as famílias, que é o espaço onde vivem e convivem a enfermagem e as famílias. Nele interagem dinamicamente, medindo e compartilhando o processo de educar cuidar (Figura 2).

Nessa (re)construção, vislumbramos a possibilidade do **ser humano**, ser inconcluso, repleto de possibilidades, viver comprometido com o seu tempo, buscando ser mais ao educar e ser educado, ao cuidar e ser cuidado; compartilhar com os outros seres humanos e com a natureza de forma a “cultivar a vida... processo de educação para a vida saudável, incluindo a garantia da democracia, em todos os seus sentidos, políticos e afetivos” (Patrício, 1996, p. 55).

Com base no processo reflexivo realizado em torno dos **temas geradores** *trabalho em equipe, as questões de poder dentro da equipe, o prazer e desprazer de trabalhar com as famílias, desvinculação da teoria com a prática e a forma impositiva de educar-cuidar*, sentimos que um dos grandes limites em nossa prática educativa cuidativa é a forma como nos percebemos e percebemos o outro, conjugada à clara desarticulação entre aqueles que pensam e aqueles

que fazem, fruto de uma educação, na maioria das vezes, alienante, autoritária, concebida apenas como depositária de conhecimento.

Considerando esse contexto, Feurweker ( 2000, p.19 ) diz que

"várias linhas de pensamento estão de acordo com este diagnóstico de crise e com a perspectiva de sua superação através da construção de sujeitos, da revalorização da ação política, da construção de espaços comunicativos que possibilitem a produção de saber e prática emancipatória (...) da construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, da articulação da teoria prática da interdisciplinariedade e da participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem".

Nossa vivência dentro do Círculo Terapêutico, espaço dialógico libertador onde os atores se fizeram sujeitos do seu aprendizado, permitenos dizer que as grandes possibilidades poderiam advir da academia, universo onde se (re)criam as formas de educar-cuidar, onde hoje se constroem sonhos que amanhã se tomarão realidade.

Como diz Freire (2000, p. 101), "minha experiência discente é fundamental para a prática que terei amanhã. É vivendo criticamente a minha liberdade de aluno ou aluna que, em grande parte, me preparo para assumir ou refazer o exercício da minha autoridade como profissional".

Diante disso, retomamos uma das grandes interrogações de nossos encontros no Círculo Terapêutico: se utilizamos em nossos currículos o método de "educação bancária", no qual o educador é o que sabe e os educandos nada sabem, como esperar que estes se tornem enfermeiros críticos e comprometidos num trabalho multidisciplinar, na construção de um cuidado com as famílias?

Acreditamos que encontraremos essa resposta na medida em que nos dispusermos, comungando com Freire, a ensinar não transferindo conhecimento, mas criando possibilidades para sua construção. A pedagogia tradicional usualmente utilizada em nossa formação não estimula o diálogo, a participação e a reflexão crítica. O processo educativo não se dá "com" o aluno, mas "para" o aluno e muitas vezes é planejado de modo desvinculado, desintegrado, desarticulado da realidade que o circunda, a ponto de Rezende (1989) afirmar que os enfermeiros, ao se formar, não têm capacidade de refletir sobre o real, apresentando um comportamento de acomodação e inércia.

"A formação tem que ser humanística, preocupada não apenas com os aspectos cognitivos, mas com competência, atitudes e habilidades técnicas e humanísticas como capacidade de comunicar, de cuidar, de escutar, de ver o ser humano em seu contexto, em sua potencialidade e diversidade econômica, social, política e cultural" ( Feurweker, Kalil e Baduy, 2000, p.52 ). Nesse sentido, vale aqui referirmos os quatro pilares do conhecimento citados no Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI ( Delor 1999), quais sejam:

- . **Aprender a conhecer**, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão;
- . **Aprender a fazer**, para poder agir sobre o meio envolvente;
- . **Aprender a viver juntos**, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas;
- . **Aprender a ser**, via essencial que integra as três precedentes.

Assim, resgatamos Grossi (1993, p. 7) para dizer que "é preciso pensadores-executores em educação que realizem a exigente demanda de reinventar a escola para que ela cumpra sua fatia de responsabilidade na organização da sociedade e da natureza para aumentar o prazer no mundo".

Na (re)construção de nossa prática pedagógica, devemos voltar nosso olhar para elementos fundamentais, entre os quais se destacam:

- . o ensino compartilhado, em que docente e alunos aprendem a aprender:

**"Proporcionando a ele o cuidado e recebendo dele, até nas pequenas atitudes, o cuidado como retribuição".**

**"É importante compartilhar com eles... família grupo, pois todos tem sua bagagem..."**

- . a postura política e o comprometimento social, oportunizando e estimulando no aluno à participação no diretório acadêmico, no Conselho Municipal de Saúde, enfim, nos espaços de lutas, de pluralidade de idéias, como forma de iniciá-lo no aprendizado das divergências, como também, para o pleno exercício da cidadania.

**"Os problemas com a residência médica dificultam o trabalho"**

**“A maior dificuldade é integrar um grupo, compartilhar com pensamentos muito diferentes”.**

- . as vivências nos serviços, espaços onde se concretiza o **saber** no fazer, pois “o saber não é uma instância isolada, abstrata, neutra, desvinculada da prática” (Almeida e Rocha, 1998, p. 36);
- . as estratégias que possibilitem a integração entre os cursos, numa tentativa de diminuir a distância entre os profissionais da equipe e a histórica hegemonia de poder de uma classe.

**“Os médicos parecem que estão numa redoma”**

**“Trabalhar em equipe(...) temos dificuldades, falta na faculdade desenvolver habilidades, para o trabalho em equipe”**

Faz-se necessário que as universidades sejam formadoras de profissionais com uma nova organização do trabalho, que percebam a necessidade de trabalhar em grupo, articulando seus diversos saberes e poderes, de forma a intervir em um contexto mais amplo e, assim, dar respostas aos problemas da população. Faz-se necessário, também, que elas recuperem seu papel "na formação de cidadãos com capacidade de reflexão, de crítica, de ação transformadora" (Feurweker, Kaliu, Baduy, 2000, p. 52).

Considerando essa pretensão, é fundamental identificar novos cenários de aprendizagem como forma de se alcançar uma nova prática social, a qual poderá ser construída através da intersectorialidade, que é "a articulação entre sujeitos, de setores sociais diversos e, portanto de saberes poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (...) é uma nova prática social, reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático" (Feurweker e Costa, 2000, p. 26). Segundo as autoras, essa nova prática social exige o respeito à diversidade de cada setor ou ator, a superação de conflitos, uma capacidade de compartilhar, de reconhecer o lugar do outro, de articular fragmentações e, necessariamente, de repartir e compartilhar poder.

Assim, ao compartilhar o poder entre os atores, estaremos rompendo com a histórica subordinação do saber/poder da enfermagem em relação ao saber/poder do médico, como também, internamente, na própria enfermagem.

Estaremos reconhecendo que ninguém é detentor de toda a verdade, mas cada qual detém parte da verdade, as quais deverão ser integradas para viabilizar a prática proposta.

Ao apontar os cursos de graduação como caminho, não queremos ser reducionistas, responsabilizando apenas um espaço. Temos consciência do contexto histórico que estamos vivendo e da multiplicidade de fatores que interferem em nossa forma de **educar-cuidar**. A transformação desejada e possível perpassa, portanto, por muitos outros caminhos do nosso cotidiano, entre os quais podemos citar a possibilidade de uma educação continuada, através de um processo de ação-reflexão como forma de estimular os profissionais a repensarem o seu cenário de educar-cuidar e, talvez, transformá-lo.

Comungamos com Poletto (1998, p.101) quando reconhece a "fragilidade dos profissionais mas acredita neles com a coragem e a consideração que redescobre potenciais ocultos e maneiras de desenvolvê-los. Todavia, não podemos ignorar que toda inovação enfrenta oposições / restrições / frustrações e expõe a riscos que contrariam intenções / resoluções... Assim, é importante reavaliar nossas atitudes buscando transformar a realidade, para cuidar do ser humano, incentivando o diálogo e a prática da reflexão conjunta para resolver suas diferenças, compartilhando-as e evoluindo na tomada de decisão".

Passa, ainda, pelo despertar da própria comunidade, das suas condições de partícipe no seu **educar-cuidar**. Ao atribuir também à comunidade a possibilidade/responsabilidade de participar do seu educar-cuidar, estamos retomando o que apregoa um dos princípios do SUS quando se refere ao "controle social". Mas, acima de tudo, estamos propondo não apenas o controle como "vigilância", mas como "participação, compartilhamento", como um

"encontro de sujeitos, um processo de relações interpessoais, onde profissionais e população se percebem, trocam e crescem como sujeitos. Percebem-se em suas marcas pessoais, suas diversidades, suas histórias de vida, seu cotidiano. Trocam percepções, conhecimentos e estratégias de ações sobre este cotidiano. Crescem à medida que se realizam como sujeitos de suas vidas, ao mesmo tempo que participam do processo onde o outro sujeito nasce, o processo de construção do sujeito coletivo" (Ramos, 1999, p. 51).

Foi também dentro do espaço reflexivo do Círculo Terapêutico que percebemos a possibilidade de estabelecimento de vínculos entre a enfermagem,

o ambiente e a família e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidades no mundo do trabalho de enfermagem com as famílias. É um espaço onde vivem e convivem a enfermagem e as famílias, que nele interagem dinamicamente, mediando e compartilhando o processo de educar cuidar.

O objetivo deste trabalho concretiza-se na medida em que, dentro de um espaço, Círculo Terapêutico, fundamentado no processo de ação-reflexão, o mundo da academia, aqui representado pelos alunos e a mestrandia, e o mundo do trabalho, representado pelas enfermeiras, conseguiu possibilitar um encontro de sujeitos, um encontro de "cores", formando um "arco-íris" e, então, vislumbrando novos saberes e fazeres (Figura 3) para, com base neles, identificar os limites e possibilidades na prática educativa e cuidativa com as famílias.

Voltando às considerações iniciais, o Círculo Terapêutico consolidou-se como um caminho para diminuir a distância entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho., uma vez que, partindo da articulação entre esses mundos, da problematização e diálogo reflexivo, nos permitiu reconhecer a heterogeneidade dos atores e cenários envolvidos, a existência de conflitos e a possibilidade de lidar com eles, bem como as potencialidades que todos temos, enquanto sujeitos, de nos transformarmos e de transformarmos a realidade.

O Círculo Terapêutico possibilitou a construção de uma ética de autonomia e singularização que permitiu a inclusão das pessoas enquanto sujeitos e, portanto, responsáveis e (co)participes no processo de (re)construção para "viver a vida". Oportunizou a nós, sujeitos do processo, vislumbrar um potencial multiplicador desse novo educar-cuidar em nosso cotidiano.

Acredito que, ao término desse processo educativo-cuidativo, enquanto integrantes do Círculo Terapêutico, voltamos nosso olhar para um pensar crítico e lançamos uma semente para "concretizar um desejo de melhora, de um mundo mais bonito ou menos feio, menos arestoso em que se pudesse amar" (Freire, 2000, p. 41).

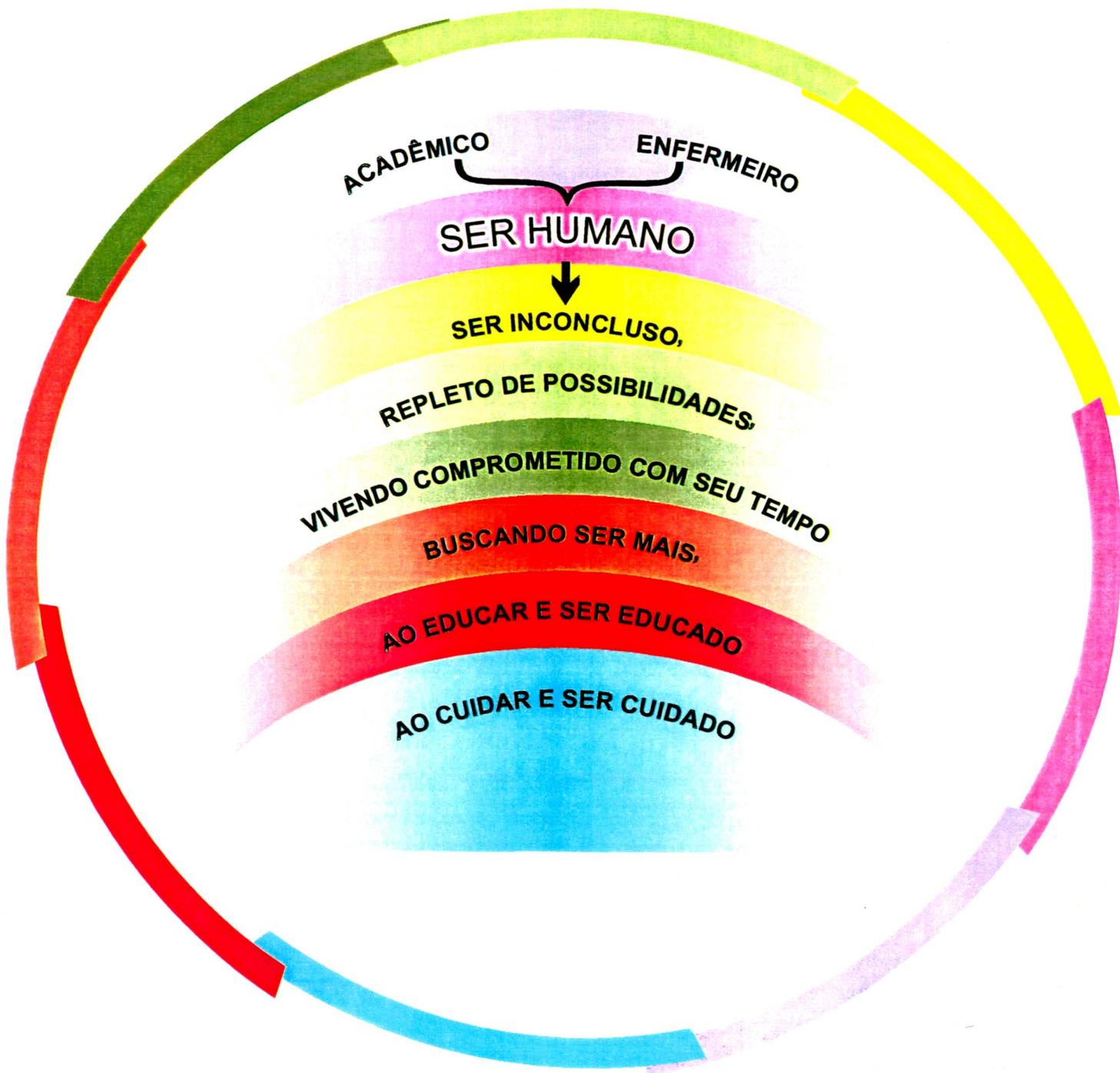


Fig. 1 - Conceito de SER HUMANO

Figura criada por Maristela Holzbach Tagliari a partir das reflexões do CÍRCULO TERAPÊUTICO



Fig. 2 - Conceito de MUNDO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM COM AS FAMÍLIAS  
Figura criada por Maristela Holzbach Tagliari a partir das reflexões do CÍRCULO TERAPÊUTICO.



Fig. 3 - Representação Gráfica do Processo Educativo Cuidativo desenvolvido no Círculo Terapêutico.  
Figura criada por Maristela Holzbach Tagliari a partir das reflexões do CÍRCULO TERAPÊUTICO.

*“Se não posso, de um lado, estimular os sonhos impossíveis, não devo, de outro, negar a quem sonha o direito de sonhar”.*

*Paulo Freire*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar a pesquisa aqui relatada, alguns desafios precisavam ser vencidos. O primeiro deles estava relacionado ao tempo, pois havia a limitação de um cronograma estabelecido e, associado a isso, os próprios atores (mestranda, alunos e enfermeiros) estavam sobrecarregados com aulas, provas, trabalhos finais, preparativos para a formatura, relatórios, entre outros.

Assim, a ansiedade durante o período que antecedia os encontros era grande, principalmente com relação ao comparecimento das “cores”, o que, porém, foi diminuindo na medida em que observamos o comprometimento, o esforço em comparecer e, até mesmo, a ansiedade que manifestavam pelos próximos momentos.

**“Normalmente, quando a gente tem estes encontros, fica pensando... tenho que ir... aqui não, eu fico ansiosa para que chegue o próximo momento (...).”**

O segundo desafio a que me impunha era a forma como pretendia desenvolver a proposta, uma metodologia na qual não tinha grandes vivências: trabalhar com técnicas de grupo, dialogar, refletir, problematizar, compartilhar, enfim, construir juntos. Conseguiria?

Até então, minha “larga experiência” docente consistia em ministrar os conhecimentos de forma tradicional – “educação bancária” (Freire); poucas vezes, havia me aventurado pelo terreno de “novas metodologias”. Como deixar de lado minha postura diretiva e assumir o papel de facilitador? Mais uma vez, o desafio foi vencido e, amparada em Freire (1992), quando diz que “vida de grupo dá prazer e trabalho, porque não construo nada sozinho, tropeço a cada instante com os limites do outro e os meus próprios, na construção da vida, do conhecimento, da nossa história”, consegui delinear e iniciar um processo de (re)construção da nossa história.

É importante reiterar nossa crença de que educar-cuidar constitui a essência da enfermagem. Assim sendo, o método criado para este estudo, CÍRCULO TERAPÊUTICO, e que, foi inspirado e fundamentado no CÍRCULO DA CULTURA de Paulo Freire nos oportunizou, enquanto integrantes do mesmo, conhecer a situação, isto é, identificar nossos “temas geradores”, os quais emergiram da realidade vivenciada no cotidiano de cada uma das “cores” e, a partir desta tomada de consciência, reformular e propor novos caminhos, novos saberes e fazeres na busca da transformação possível.

O Círculo Terapêutico caracterizou-se como uma possibilidade de educar-cuidar na medida em que, ao ser concebido sob a ótica do diálogo reflexivo e do respeito ao saber do outro, promoveu nosso crescimento pessoal e profissional e nos fortaleceu para assumirmos nosso papel dentro de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Consolidou-se como terapêutico na medida em que ao educar-cuidar, cuidou de quem educa-cuida. O cuidado esteve sempre presente em cada detalhe, em cada momento, para cada uma das “cores” e para todo o “arco-íris”.

**“Depois desses encontros sinto-me mais fortalecida para enfrentar o meu dia-a-dia.”**

Reforçou ainda seu caráter terapêutico ao permitir aflorar potencialidades, sentimentos e acima de tudo despertou em cada uma das “cores” a esperança de ser mais, mais gente, mais educador-cuidador, mais sujeito de transformação e construção da nova realidade.

**“Eu tenho a esperança que um dia todos nós vamos ver implantado o PSF e nos sentiremos um pouco responsáveis por isso (...)”**

Ouso pensar que esta prática educativa-cuidativa não se limita, apenas, ao mundo do trabalho da enfermagem com as famílias, mas pode se estender aos demais espaços onde os seres humanos vivem, convivem, interagem, compartilham, educam-cuidam, são educados e cuidados. O recorte estabelecido para este estudo - famílias inseridas no PSF - foi apenas o foco escolhido na construção deste trabalho, não significando que a ação educativa proposta não possa ser implementada em outros cenários e com outros atores.

Acredito que essa ação cuidativa educativa transcende o espaço da família, podendo ser construída sempre que os atores envolvidos estiverem permeáveis a um processo de compartilhar espaços e vivências, de criar vínculos; um processo em que cada caso é um caso; pois responde a características do contexto de sua história ainda que sempre seja possível aproveitar das lições aprendidas de outras histórias. É um processo possível quando os atores estiverem sensíveis ao reconhecimento de si mesmos e do outro como pares, com conhecimentos distintos, mas que podem, a partir do realce e do brilho de cada uma das "cores", construir um arco-íris, "onde a existência de cada cor constitui a possibilidade da existência de outra, e todas juntas formam um arco-íris" (Verdi, 2000).

Tenho consciência de que muitas limitações se fizeram presentes, entre elas as decorrentes de um pensar mais fundamentado. Ainda assim, foi possível vivenciar o desabrochar de um grupo e descobrir o significado de fazer parte dele. O trabalho representou uma conquista, um crescimento, novas visões de mundo e, sobretudo, estímulo para assumir uma nova postura enquanto o ser que educa-cuida é educado-cuidado. O estudo não pode ser considerado encerrado, porque, comungando com as concepções freirianas, é um processo que está continuamente sendo construído e, como ser humano inserido nesse processo, sou um ser inconcluso, buscando ser mais ao (re)construir e redimensionar o meu educar-cuidar. Resgato Ramos, Verdi e Kleba (1999) para dizer que **educar-cuidar** é um processo que se move sobre o desconhecido, fundamentado em

esperanças e buscas; jamais é plenamente vislumbrado, pois nunca permanece o mesmo, revelando um novo desafio a cada descoberta.

Essa vivência me possibilitou visualizar um novo saber-fazer a partir da problematização, do diálogo reflexivo e da articulação entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho; permitiu-me reconhecer a heterogeneidade dos atores e cenários envolvidos, a existência de conflitos e a possibilidade de lidar com eles, como também a imensa capacidade que todos temos, enquanto seres humanos, de nos transformarmos e de transformarmos o contexto.

Assim, este estudo é apenas um fragmento do vasto universo de possibilidades de educar-cuidar, articulando sujeitos diversos num processo de compartilhamento de saberes, fazeres e poderes que vai se construindo e se reconstruindo a partir da percepção, reconhecimento e valorização do outro. Espero que possa vir a ser uma possibilidade de vislumbrar novos caminhos e, também, possa inspirar a todos aqueles que estão envolvidos e comprometidos com a construção da autonomia e da liberdade do homem, bem como com a promoção da vida.

Espero que possa oportunizar aos enfermeiros uma reflexão sobre o seu compromisso frente a sua profissão e frente a realidade da política de saúde que temos. Espero ainda, que venha contribuir como uma estratégia para fortalecer as estruturas organizacionais tanto das academias quanto dos serviços, ampliando os espaços de discussões, promovendo articulações com outros atores e cenários, como forma de assegurar em nosso cotidiano as transformações desejadas.

Esta trajetória me permitiu especificar um pouco mais e dizer que, no que se refere a academia, ainda temos uma formação, sob alguns aspectos, muito compartimentada, muito autoritária, muito “depositária de conhecimento”. Permitiu-me também, desvelar os serviços e identificar a distância existente entre o que está proposto e o que está sendo executado. Desta forma, ensejo que este estudo possa direcionar o olhar da academia e dos serviços para um educar-cuidar mais compartilhado, que conduza na direção da utopia desejada, utopia aqui entendida como o outro nome da esperança, que está sempre presente no cotidiano daqueles que acreditam nas potencialidades do ser humano.

Ao ensejar este novo olhar, espero estar contribuindo para o desenvolvimento de uma nova educação e prática profissional, para o fortalecimento dos profissionais enfermeiros como também da própria enfermagem, inserida na realidade e sincronizada com seu tempo e sua gente.

Transpor fronteiras, vencer desafios e desvelar possibilidades de **educar-cuidar** é dar-se conta de nossas potencialidades; é “viver e não ter a vergonha de ser feliz, cantar e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz” (Gonzaguinha).

## BIBLIOGRAFIA

ARES, Filiberto Pérez. A SAÚDE PÚBLICA EM CUBA. I SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Ministério da Saúde. **Relatório final**. Brasília, 2000.

BAGNATO, Maria Helena Salgado. **Concepções pedagógicas no ensino de enfermagem no Brasil. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis: jul./dez. 1994. 6 v. n. 3. p. 241-258.

BARROS, Elizabeth. In: INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO POPULAR E AO CONTROLE DO SUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. Brasília, 2000.

BENINCÁ, Elli. In: ÉTICA E DIÁLOGO NA PRÁTICA UNIVERSITÁRIA. **Prática pedagógica na sala de aula – Princípios e métodos de uma ação dialógica**. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2000.

BETTINELLI, Luiz Antonio. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Berthier, 1998.

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. Petrópolis: Vozes, 1997.

BORBA, Marta Riegert. **Alunos e professores de graduação em enfermagem criando um espaço terapêutico re-inventando caminhos**. 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica. Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2000. 3 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vamos fazer cumprir a lei: guia de referência para o controle social**. Brasília, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1998. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista brasileira de saúde da família**. Brasília, 2000. 2 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Diretrizes para a formulação de Política de Recursos Humanos**. Brasília, 1989.

BRASIL. Dispõe sobre a formação do enfermeiro em curso de graduação e revoga a Resolução n. 4 de 25 de fevereiro 1972. Portaria n. 1721, 15 dezembro de 1994. Diário Oficial, Brasília, p. 19801-2, n. 238, Seção 1. 1994.

BRASIL. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Ajustes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1886/GM de 18 dezembro de 1997.

BUSS, P. M.; LABRA, E. **Sistemas de saúde: continuidade e mudanças**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, Rejane Agne de. **Despertando a equipe de enfermagem e a família para a importância do cuidado - Presença do recém-nascido de alto risco, através de um processo de educar para o cuidado**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CASTILHO, Áurea. **A dinâmica do trabalho de grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Correio Eletrônico. <http://www.consaude.com.br/sus.htm>.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Revista Brasileira de Enfermagem. Considerações da Associação Brasileira de Enfermagem sobre a proposta de reformulação do currículo mínimo para a formação do enfermeiro**. Brasília, jul/dez. 1993. 46 v. n. 3 e 4. p. 352-356.

COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M.; SOUZA, M. L. In: HERR, L.; SOUZA, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org). FUNDAMENTANDO O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM. **As políticas de saúde no Brasil, alguns recortes.**

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida.** Lisboa: Printipo, 1989.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abraco, 1999.

CORDEIRO, Hesio. In: CONSTRUÍNDO UM NOVO MODELO: OS MUNICÍPIOS JÁ TEM HISTÓRIA PARA CONTAR. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

COSTA, Antonio Carlos Gomes. **Por uma pedagogia da presença.** Governo do Brasil, 1991.

COSTA, H. G.; FEURWERKER, M. L. C.; KALIL, M. E.; BARBOSA, N. In: DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. **O processo de construção e de trabalho da Rede Unida.** Rio de Janeiro, dezembro, 2000. n. 22, pp. 9-17.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem.** São Paulo: Cone, 1996.

ELSEN, et al. **Marcos para a prática de enfermagem com as famílias.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

FEURWEKER, M. L. C. e COSTA, H. In: DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. **Intersectorialidade na REDE UNIDA.** Rio de Janeiro, dezembro, 2000, n. 22.

FEURWEKER, M. C. L.; KALIL, M. E.; BADUY, Rossala. In: DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. **A Construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem – as lições aprendidas pela REDE UNIDA.** Rio de Janeiro, dezembro, 2000. n 22.

FÓRUM DE DEBATES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR FORMADORA DE RECURSOS HUMANOS PARA A ÁREA DE SAÚDE. 1998, Porto Alegre. **Polo de capacitação, formação e educação permanente para pessoal de saúde da família.** (mimeo).

FÓRUM DE DEBATES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR FORMADORA DE RECURSOS HUMANOS PARA A ÁREA DE SAÚDE. 1998, Porto Alegre. **Documento Final.**

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS. **Documento conceitual para sistematização das diretrizes curriculares.** Disponível em: <http://www.prgcufpb.br/forgrad>.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANCO, J. Batista; MERHY, E. Elias. **Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** (mimeo.).

FREIRE, Madalena. In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. PAIXÃO DE APRENDER. **O que é um grupo?** Petrópolis: Vozes, 1993. p. 59-68.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia de esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P.; RIVIÈRE, P. **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

GADOTTI, Moacir. **Perspectivas atuais da educação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GALLO, Edmundo. In: SAÚDE CIDADE EM DEBATE. CONSELHO MUNICIPAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **O que fazer? Desafio para o avançado SUS.** Brasília, agosto 1999, p. 10-13.

GAUTHIER et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GELAIN, Ivo. **Deontologia e enfermagem.** São Paulo: EPU, 1998.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

GISI et al. **A relação ensino-serviço: estratégia de aproximação da formação acadêmica com o processo de trabalho em saúde.** Curitiba: Cogitare, Jan/Jun. 1998. 3 V., n.1, p. 50-56.

GISI, Maria de Lourdes; ZAIKO, Maria Aurélia Sabbag. In: SAUPE, Rosita (Org.). **EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. Universidade e construção do projeto político-pedagógico dos curso.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. p. 87-118.

GOUVEIA, Regina Marcia. **Refletindo com os enfermeiros sobre seu caminhar na implementação dos programas de saúde da família e agentes comunitários de saúde.** 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GROSSI, E. P.; BORDIN, J. **Paixão de aprender.** Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1987.

JÚNIOR, Aluísio G. da Silva. **Modelos técnico-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

KING, Imogene M. In: GEORGE, J. B. **TEORIAS DE ENFERMAGEM.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLEBA, M. E. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. **PARA PENSAR O COTIDIANO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM. Educação em Saúde na Assistência em Enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de Saúde.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. p. 121-163.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. In: **CONSTRUINDO UM NOVO MODELO: OS MUNICÍPIOS JÁ TEM HISTÓRIA PARA CONTAR. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado.** Brasília, 1996.

LIBÂNEO, José Carlos. **Tendências pedagógicas na prática escolar.** São Paulo: Ande, 1983. 3 v., n. 6, p. 11-19.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?** 1993. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1996.

LUNARDI, V. L.; BORBA, M. R. In: SAUPE, Rosita. **EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. O pensar e o fazer na prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. p. 164-184.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MOCINHO, Rejane Roesler. **O des-envolvimento do Conselho Municipal de Saúde na gestão do SUS: a proposta de uma nova visão. Relatório da prática assistencial de enfermagem**. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Passo Fundo.

MONTICELLI, Marisa. **As questões educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. Texto e contexto de enfermagem**, Florianópolis, jul./dez. 1994. 3 v., n. 2, p. 716.

MORETTO, E. F. S. **Enfermagem e o SUS: da realidade à possibilidade**. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,.

MUNARI, Denise; RODRIGUES, Antonia R.F. **Enfermagem em grupos**. Goiânia: AB, 1997.

NETO, E. R. In: INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO POPULAR E AO CONTROLE SOCIAL NO SUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação e suas perspectivas**. Brasília, 1994.

NITSCHKE, R. G. In: REZENDE, A. L.; RAMOS, F. R.; PATRÍCIO, Z..M. O FIO DAS MOIRAS: O AFRONTAMENTO DO DESTINO NO QUOTIDIANO DA SAÚDE. **Um jogo em família na teatralidade da vida**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas**. Florianópolis: Autor, 1999.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico ecológico**. Pelotas: Universitária/UFPEL, Florianópolis: PPG em Enfermagem, 1996.

PELIANO, Anna. In: I SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA. RELATÓRIO FINAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Incorporando uma prática**. Brasília, 2000.

POLETTI, Denise Sain. **Integridade: uma nova visão sobre as relações de liderança na enfermagem**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PESSOAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Conclusões do Fórum de Debates. **Relatório**. Porto Alegre, 1998. Relatório. Mimeografado.

RAMOS, F. R. In: RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. PARA PENSAR O COTIDIANO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM. **O processo de trabalho de educação em saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. p. 15-63.

RAMOS, F. R. S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

REDE UNIDA. **Boletim**. Salvador, ano IV, n.1.

REGINA, Vilson. **O maior encontro do mundo**. Ponta Grossa: Platano, 1997.

REZENDE, Ana Lúcia Magela. **Mazelas de saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1989.

SANTOMÉ, J. T. T. **Globalização e interdisciplinariedade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SAUPE, Rosita. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

SOUZA, Ana Isabel Jatobá. **No cuidado com os cuidadores: em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire**. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TRENTINI, Mercedes. **Relação entre teoria, pesquisa e prática**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, ago. 1987, 21 v, n. 2, p. 135-144.

TRENTINI, Mercedes; PAIN, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

UNICOUSKY, M.; LAUTERT, L. In: SAUPE, Rosita. EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. **A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. p. 219-241.

UTYAMA, Iwa Keiko Aida; MARTINS, Júlia Trevisan. In: OLHO MÁGICO. **LBD e diretrizes curriculares: aplicação no currículo integrado no curso de enfermagem da Universidade Federal de Londrina**. Londrina: Universidade Federal de Londrina, 1994. 1 v, n. 1.

VASCONCELLOS, M. P. In: MENDES, E. V. A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO NÍVEL LOCAL. **Reflexões sobre a saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1998.

VASCONCELOS, E. Mourão. **A priorização da família nas políticas de saúde. Saúde em debate**. Rio de Janeiro, set./dez 1999. 23 v, n. 53.

VERDI, Marta. **Banca de qualificação de mestrado**. Florianópolis, 2001.

VIANA, A. L.; DAL P. Z. M. **Reforma em saúde no Brasil: programa de saúde da família – informe final**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998.

VIZZOLTO, S. M.; SEGANFREDO, C. A.; KLEIN, A. C. **Dinamizando os grupos**. Florianópolis: Lunardelli [s/d].

WALDOW, V. R. In: WALDOW, V.R. ET AL. MANEIRAS DE CUIDAR, MANEIRAS DE ENSINAR: A ENFERMAGEM ENTRE A ESCOLA E A PRÁTICA PROFISSIONAL. **Cuidar/Cuidado: o domínio unificado da Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

## **ANEXOS**

ANEXO 1

**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS**

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

**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA  
EDUCATIVA COM AS FAMÍLIAS**

Mestranda: Maristela Holzbach Tagliari

Orientadora: Dra. Zuleica Maria Patrício

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local:

Duração:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Estado Civil:

Tempo de Trabalho em Saúde Pública:

Codinome:

QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que significa prática educativa-cuidativa para você?
2. Como você avalia sua prática educativa-cuidativa com as famílias?
  - 2.1. Quais os aspectos que você considera limitadoras para a sua prática educativa-cuidativa com as famílias?
  - 2.2. Quais os aspectos que você considera facilitadores para sua prática educativa cuidativa com as famílias?

## ANEXO 2

**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM ACADÊMICOS**

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

**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA  
EDUCATIVA COM AS FAMÍLIAS**

Mestranda: Maristela Holzbach Tagliari

Orientadora: Dra. Zuleica Maria Patrício

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local:

Duração:

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Idade:

Estado Civil:

Tempo de Trabalho em Saúde Pública:

Codinome:

**QUESTÕES NORTEADORAS**

1. O que significa prática educativa-cuidativa para você?
2. Como você avalia sua prática educativa-cuidativa com as famílias?
  - 2.1. Quais os aspectos, em sua formação, que você considera limitadores para a sua prática educativa-cuidativa com as famílias?
  - 2.2. Quais os aspectos, em sua formação, que você considera facilitadores para sua prática educativa-cuidativa com as famílias?

## ANEXO 3

**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA EDUCATIVA COM AS FAMÍLIAS**

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

Mestranda: Maristela Holzbach Tagliari

Orientadora: Dra. Zuleica Maria Patrício

Passo Fundo, novembro de 2000.

Ilma. Sra.

Na condição de aluna do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, dirijo-me a V. S<sup>a</sup>. a fim de solicitar autorização para desenvolver um trabalho de pesquisa sob a forma de Prática Assistencial, junto aos alunos do 9º nível deste curso que estão desenvolvendo suas atividades de estágio curricular na área de Saúde Pública.

O estudo, orientado pela Dra. Zuleica Maria Patrício, propõe a criação de um espaço terapêutico que oportunize novos saberes, integrando o conhecimento da academia com a vivência diária dos serviços. Será desenvolvido respeitando os princípios éticos de liberdade na participação e sigilo de identidade dos participantes e da instituição.

Sem mais, subscrevo-me, colocando-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf. Maristela Holzbach Tagliari  
Mestranda

Ilma. Sra.

Enf. Mônica Krahl

M.D. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo  
UPF – RS

ANEXO 4

**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA EDUCATIVA COM AS FAMÍLIAS**

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

Mestranda: Maristela Holzbach Tagliari

Orientadora: Dra. Zuleica Maria Patrício

Passo Fundo, novembro de 2000.

Ilma. Sra.

Na condição de aluna do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, dirijo-me a V. Sa. a fim de solicitar autorização para desenvolver um trabalho de pesquisa, sob a forma de prática assistencial, junto aos enfermeiros que integram as equipes do PSF desta instituição.

O estudo, orientado pela Dra. Zuleica Maria Patrício, propõe a criação de um espaço terapêutico que oportunize novos saberes, integrando o conhecimento da academia com a vivência diária dos serviços. Será desenvolvido respeitando os princípios éticos de liberdade na participação e sigilo de identidade dos participantes e da instituição.

Sem mais, subscrevo-me, colocando-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf. Maristela Holzbach Tagliari  
Mestranda

Ilma. Sra.

Enf. Marisa Pacheco

M.D. Coordenadora do Programa de Saúde da Família

Secretária Municipal da Saúde e do Meio Ambiente de Passo Fundo -RS

## ANEXO 5

**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA  
EDUCATIVA COM AS FAMÍLIAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Mestranda: Maristela Holzbach Tagliari

Orientadora: Dra. Zuleica Maria Patrício

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Por este termo de consentimento, declaro que fui informado(a) dos objetivos do trabalho e dos procedimentos a serem desenvolvidos no projeto de Prática Assistencial “Transpondo Limites e Identificando Possibilidades na Prática Educativa Cuidativa com as Famílias.”

Fui informado (a), ainda, dos seguintes aspectos éticos:

1. Adesão voluntária ao grupo;
2. Liberdade para desistir da participação em qualquer momento, sem que isso implique em represálias atuais ou futuras;
3. Sigilo em relação a identidade dos participantes e ao caráter confidencial das informações;
4. Que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
5. Da liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa da prática, bem como ao relatório final;

Nestes termos, considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da prática assistencial proposta, resguardando a autora de projeto a propriedade intelectual das informações geradas e permitindo a divulgação pública dos resultados.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO 6

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

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

**“TRANSPONDO LIMITES E  
IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES  
NA PRÁTICA EDUCATIVA  
CUIDATIVA COM AS FAMÍLIAS”**

## ANEXO 7

### TÉCNICA QUEM SOU EU?

**Objetivos:** Saber "quem é quem " entre os participantes do grupo  
Proporcionar a integração do grupo.

**Recursos humanos:** 9 pessoas

**Recursos materiais:** Sala ampla/cadeiras móveis

Lápis e papel para cada participante

**Tempo:** 45 minutos

**Desenvolvimento:** O animador explica o objetivo da dinâmica da técnica.

A seguir, solicita que todos respondam individualmente e por escrito (máximo 5 minutos), a pergunta: QUEM SOU EU?

Após o tempo previsto, solicita que cada um leia em voz alta, para o grupo, o que escreveu.

O animador poderá deixar espaço de tempo livre para quem quiser fazer comentários sobre o assunto, ou falar mais alguma coisa sobre sua pessoa.

**Avaliação:** Avaliar a técnica quanto à sua dinâmica e objetivos.

ANEXO 8

**TÉCNICA- EU: Presente, Passado e Futuro**

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

**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA  
EDUCATIVA COM AS FAMÍLIAS**

Mestranda: Maristela Holzbach Tagliari

Orientadora: Dra. Zuleica Maria Patrício

**Objetivo:** Oportunizar o conhecimento de si mesmo e das colegas.

COMPLETE AS FRASES:

- Dois adjetivos que me definem: \_\_\_\_\_

- Três coisas que gosto de fazer: \_\_\_\_\_

- Alguma coisa que acredito fazer bem: \_\_\_\_\_

- Meu maior defeito: \_\_\_\_\_

- Minha maior qualidade: \_\_\_\_\_

- O que faço para alcançar minhas metas e objetivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
- Como me vejo trabalhando junto as famílias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 9

**TÉCNICA TOMANDO DECISÕES**

**Objetivos:** Oportunizar aos participantes vivenciarem situações-problema e dar soluções.

**Recursos humanos:** 9 pessoas

**Recursos materiais:** Sala ampla

Cadeiras móveis

Papel ofício (meia folha)

Canetas

**Tempo:** 40 minutos

**Desenvolvimento:** O animador explicita o objetivo e a dinâmica da técnica.

A seguir, distribui as folhas e solicita que cada participante descreva uma situação-problema que esteja vivenciando, e para a qual gostaria de receber sugestões para tomada de decisão.

Dando prosseguimento, o animador recebe as folhas, que não devem ter identificação. Embaralha-as e as redistribui para o grupo.

A seguir, cada um dos componentes lê em voz alta a situação-problema e diz ao grupo que decisões tomaria se estivesse vivendo aquele problema.

**Avaliação:** Neste momento, o animador oportuniza que cada participante se manifeste, dizendo se a sugestão dada pelo colega lhe apontou soluções.

ANEXO 10

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

**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA  
EDUCATIVA COM AS FAMÍLIAS**

Mestranda: Maristela Holzbach Tagliari

Orientadora: Dra. Zuleica Maria Patrício

**“Transpondo Limites e Identificando Possibilidades na Prática Educativa  
Cuidativa com as Famílias”**

*Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é pré-determinada, pré-estabelecida. Que o meu 'destino' não é dado como certo mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a história em que faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Gosto de ser gente porque inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além.”*

Freire (1997, p. 58-59)

É um prazer poder contar com você, para que juntos possamos **“ir mais além”** nesta caminhada para construção de nossa história.

Gostaria de lembrá-lo(a) que nosso próximo encontro será no dia 17 de novembro, às 11 horas.

Com carinho,

Maristela

## ANEXO 11

**TÉCNICA DOS BALÕES**

**Objetivo:** produzir conscientização do papel de cada um no trabalho em equipe, relacionando a ordem fornecida com a atuação cotidiana na enfermagem.

**Material:** balões e palitos

**Tempo:** 15 minutos

**Desenvolvimento:** selecionar , no máximo, oito participantes, que representam o grupo (quando este for muito grande), ou solicitar que todos os componentes (máximo dez) fiquem em pé, num local espaçoso.

- Distribuir balões e palitos para cada participante.
- Solicitar que todos encham seus balões e após apliquem um nó para mantê-los cheios.
- Dar a seguinte ordem: "Quem conseguir manter seu balão cheio, ganhará um prêmio"
- Deixar os participantes agirem e, quando se derem por satisfeitos, formar uma roda com as cadeiras, onde deverão sentar.
- Fazer o grupo todo refletir sobre as seguintes questões:
- Qual foi a ordem dada?
- Para que serve mesmo o palito?
- Quem ordenou que estourasse o balão de seu companheiro?
- Se todos tivessem seguido a ordem, não haveria um prêmio para cada um?
- Não é assim que agimos na enfermagem? Por que não unimos nossos esforços para fortalecer nosso trabalho, sendo, de fato, uma equipe?
- Quais são as experiências de vocês nesse sentido?
- Por que a solidariedade e o amor são tão difíceis de serem aplicados entre os
- profissionais da enfermagem?
- Isso não seria imprescindível para quem trabalha com a vida e a morte?

**Concluir a reflexão.**

## ANEXO 12

**TÉCNICA DA CORDA**

**Objetivo:** Identificar como se trabalha as questões de poder e quais os sentimentos que este poder desperta na equipe.

**Duração:** 30 a 40 minutos

**Recursos Humanos:** 9 pessoas

**Recursos Materiais:** 1 corda

**Desenvolvimento:** O animador solicita que formem 2 grupos com 3 elementos cada. A seguir, oferece uma corda e orienta que cada um dos grupos, segure uma extremidade da corda, exercendo força, de modo a derrotar o grupo rival. Após, inicia-se a discussão a respeito dos sentimentos que a técnica despertou nos participantes.

ANEXO 13

**TÉCNICA DO CARINHO**

**Objetivo:** Demonstrar seu afeto ao colega.

**Duração:** 15 minutos

**Recursos Humanos:** 9 pessoas

**Recursos Materiais:** Bombons

Cartão com mensagem

**Desenvolvimento:** Dispõe-se os bombons com as mensagens sobre a mesa. A seguir, solicita-se que cada um escolha um bombom com uma mensagem e escolha o colega que quer entregar, explicitando as razões da sua escolha.

ANEXO 14

**TÉCNICA DO ALIMENTO**

**Objetivo:** Valorizar as pequenas coisas, todos os momentos. SENTIR o cotidiano.

**Duração:** 30 minutos

**Recursos Humanos:** 9 pessoas

**Recursos Materiais:** Bolachas

Música

**Desenvolvimento:** Os participantes sentam-se em círculo. A seguir, é oferecida uma bolachinha, orientando-se para que, com os olhos fechados, ela seja “saboreada” lentamente. A seguir, inicia-se o processo reflexivo a partir das sensações geradas ao “comer a bolachinha”. A técnica é acompanhada de música suave.

## ANEXO 15

**O JOVEM RAPAZ E A ESTRELA-DO-MAR**

"Um homem sábio fazia um passeio pela praia, ao alvorecer. Ao longe, avistou um jovem rapaz que parecia dançar ao longo das ondas. Ao se aproximar, percebeu que o jovem pegava estrelas-do-mar da areia e as atirava suavemente de volta à água.

Então o homem sábio lhe perguntou:

- O que você está fazendo?

- O sol está subindo e a maré está baixando; se eu não as devolver ao mar, irão morrer.

- Mas meu caro jovem, há quilômetros e quilômetros e praias cobertas de estrelas-do-mar... Você não vai conseguir fazer diferença,

O jovem se curvou, pegou mais uma estrela-do-mar e atirou-a carinhosamente de volta ao oceano, além da arrebentação das ondas.

E retrucou:

- Fiz diferença para essa aí.

A atitude daquele jovem representa alguma coisa de especial que existe entre nós. Todos somos dotados de capacidade de fazer diferença.

Cada um de nós pode moldar o próprio futuro.

Cada um de nós tem o poder de ajudar as pessoas e nossas instituições a atingirem seus objetivos."

(História inspirada em Loen Eiseley)

ANEXO 16

**TÉCNICA DA BOLSA**

**Objetivo:** Identificar as formas impositivas de educar cuidar

Desvinculação da teoria e da prática

**Duração:** 60 minutos

**Recursos Humanos:** 9 pessoas

**Recursos Materiais:** Bolsa de um dos participantes

**Desenvolvimento:** Os participantes sentam-se em círculo. A seguir solicita-se que um deles escolha uma bolsa entre os demais. Posiciona-se no centro do círculo, retire tudo o que tem dentro da bolsa e, após, seleciona o que acha que é importante e vai colocando novamente na bolsa, justificando a razão da sua escolha.

ANEXO 17

**TÉCNICA DOS CARTÕES**

**Objetivo:** Identificar o sentimento/os sentimentos do grupo relacionados à participação no **Círculo Terapêutico**.

**Duração:** 15 minutos

**Recursos Humanos:** 9 pessoas

**Recursos Materiais:** Cartões:

- Branco = satisfação
- Preto = insatisfação
- Cinza = parcialmente

Caixa de papel

**Desenvolvimento:** Cada participante é orientado quanto ao significado da cor de cada cartão. Cada participante recebe um cartão de cada cor. É-lhe solicitado que escolha um deles justificando por escrito a razão de sua escolha e, depois, deposite-o na urna (caixa).

## ANEXO 18

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
**TRANSPONDO LIMITES E IDENTIFICANDO POSSIBILIDADES NA PRÁTICA EDUCATIVA  
 COM AS FAMÍLIAS**

MESTRANDA: MARISTELA HOLZBACH TAGLIARI  
 ORIENTADORA: Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO

**EU NÃO SOU VOCÊ - VOCÊ NÃO É EU**

Eu não sou você  
 Você não é eu  
 Mas sei muito de mim  
 Vivendo com você  
 E você, sabe muito de você vivendo comigo?  
 Eu não sou você  
 Você não é eu  
 Mas encontrei comigo e me vi  
 Enquanto olhava para você  
 Na sua, minha, insegurança  
 Na sua, minha, desconfiança  
 Na sua, minha, competição  
 Na sua, minha, birra infantil  
 Na sua, minha, omissão  
 Na sua, minha, firmeza  
 Na sua, minha, impaciência  
 Na sua, minha, prepotência  
 Na sua, minha fragilidade doce  
 Na sua, minha mudez aterrorizada  
 E você se encontrou e se viu, enquanto  
 Olhava para mim?  
 Eu não sou você  
 Você não é eu  
 Mas foi vivendo minha solidão  
 que conversei com você  
 E você conversou comigo na sua solidão  
 ou fugiu dela, de mim e de você?  
 Eu não sou você  
 Você não é eu  
 Mas sou mais eu, quando consigo  
 lhe ver, porque você me reflete  
 No que eu ainda sou  
 No que já sou e  
 No que quero vir à ser...  
 Eu não sou você  
 Você não é eu  
 Mas somos um grupo, enquanto  
 somos capazes de, diferenciadamente,  
 eu ser eu, vivendo com você e  
 Você ser você, vivendo comigo.

Gostaria de lembrá-lo(a) que nosso próximo encontro será no dia \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas.  
 Sua presença será muito importante para que possamos dar continuidade a este processo  
 terapêutico de conhecimento e aprendizagem mútuos, em busca de um viver melhor.  
 Com carinho. Maristela

## A ÁRVORE DOS AMIGOS

Existem pessoas em nossas vidas que nos deixam felizes pelo simples fato de terem cruzado o nosso caminho. Algumas percorrem ao nosso lado, mas outras apenas vemos entre um passo e outro. A todas as chamamos de amigos. Há muitos tipos de amigos. Talvez cada folha de uma árvore caracterize um deles. O primeiro que nasce do broto é o amigo pai e a amiga mãe. Mostram o que é ter vida. Depois vem o amigo irmão, com quem dividimos o nosso espaço para que ele floresça como nós. Passamos a conhecer toda a família de folhas, a qual respeitamos e desejamos o bem. Mas o destino nos apresenta outros amigos, os quais não sabíamos que iriam cruzar o nosso caminho. Muitos desses, amigos do peito, do coração, são sinceros, são verdadeiros. Sabem quando não estamos bem, sabem o que nos faz feliz ...

Às vezes, um desses amigos do peito estala o nosso coração e então é chamado de amigo namorado. Esse dá brilho aos nossos olhos, música aos nossos lábios, pulos aos nossos pés. Mas também, há aqueles amigos por um tempo, talvez umas férias ou mesmo um dia ou uma hora. Esses costumam colocar muitos sorrisos na nossa face, durante o tempo que estamos por perto. Falando em perto, não podemos esquecer dos amigos distantes, aqueles que ficam nas pontas dos galhos, mas que, quando o vento sopra sempre aparecem novamente entre uma folha e outra.

O tempo passa, o verão se vai, o outono se aproxima e perdemos algumas de nossas folhas. Algumas nascem no outro verão e outras permanecem por muitas estações. Mas o que nos deixa mais feliz é que caíram continuam por perto, continuam alimentando a nossa raiz com alegria. Lembranças de momentos maravilhosos enquanto cruzavam com o nosso caminho.

Desejo à você, folha da minha árvore muita felicidade ... Hoje e Sempre ... simplesmente porque cada pessoa que passa em nossa vida é única. Sempre deixa um pouco de si e leva um pouco de nós. Foi um prazer ter você como parte de nosso CÍRCULO TERAPÊUTICO.

