

**BENILDES MARIA MAZZORANI**

**O TRABALHO DA ENFERMAGEM  
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:  
REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE VIVIDA E  
POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO**

Florianópolis  
Dezembro, 2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**O TRABALHO DA ENFERMAGEM  
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:  
REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE VIVIDA E  
POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO**

**BENILDES MARIA MAZZORANI**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

**ORIENTADORA: DRA. VERA REGINA  
REAL LIMA GARCIA**

Florianópolis  
Dezembro, 2000

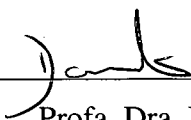
**O TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:  
REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE VIVIDA  
E POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO**

**BENILDES MARIA MAZZORANI**

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

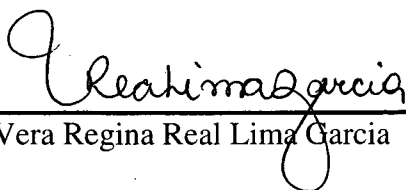
**Mestre em Enfermagem**

E aprovada na sua versão final em 29 de dezembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

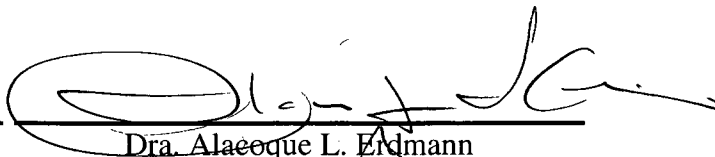


Prof. Dra. Denise Pires  
Coordenadora do Programa

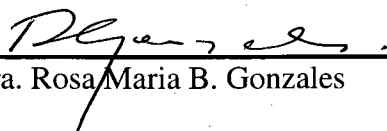
**BANCA EXAMINADORA:**



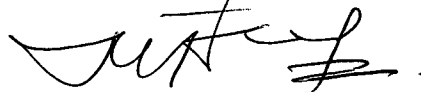
Dra. Vera Regina Real Lima Garcia



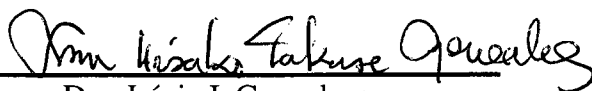
Dra. Alaeoque L. Erdmann



Dra. Rosa Maria B. Gonzales



Dda. Maria Tereza Campos Velho



Dra. Lúcia I. Gonçalves

***Dedico este trabalho:***

*As minhas filhas Ana Claudia e Angela que compartilham comigo o gosto pela vida e a convicção de que cada um deve construí-la:*

- tentando conciliar o pensar e o fazer para transformar os sonhos em realidade;*
- superando nossos próprios limites para nos tornarmos, a cada dia, mais fortes e melhores;*
- temperando razão e emoção segundo nossas crenças e nossos valores;*
- acreditando que o amanhã é o hoje que transformamos, ou deixamos de transformar;*
- pensando num mundo melhor, no qual todos os homens e todas as mulheres possam ter direito a uma vida digna.*

*Ao meu marido Claudio, companheiro das caminhadas dessa vida, que tem estado ao meu lado criando possibilidades para a superação de desafios. Agradeço pelo respeito à minha individualidade, pela compreensão de minhas escolhas e pelo apoio aos meus empreendimentos pessoais, em especial, ao curso de mestrado.*

## AGRADECIMENTOS

Ao lançar um olhar retrospectivo sobre o caminho percorrido ao longo da construção desse estudo, percebo, com clareza, que os resultados obtidos não são devidos apenas ao meu empreendimento pessoal, mas também à valiosa contribuição de diversas pessoas, às quais gostaria de, aqui, expressar minha profunda gratidão:

À **Profa. Dra. Vera Regina Real Lima Garcia**, que me orientou nesse estudo com dedicação, entusiasmo e competência. Pela confiança e esperança que demonstrou ter em mim, conduzindo-me em busca dos necessários saberes e criando-me a crença nas possibilidades da construção deste estudo. Pelo diálogo problematizador das idéias e dos textos que, para mim, foram extremamente estimulantes e esclarecedores.

Às **enfermeiras, participantes desse estudo**, por terem tido a disponibilidade para participar de um processo de construção de conhecimento que ousou vislumbrar uma melhoria para o trabalho de Enfermagem, oferecido nas UBS. Tal trabalho foi uma das experiências mais gratificantes de minha vida profissional. Sem suas valiosas contribuições, na discussão e na análise dos problemas concretos de suas práticas profissionais, esse trabalho não teria se concretizado como tal.

À **Profa. Dra. Alacoque L. Erdmann**, pelo incentivo em empreender o curso de mestrado, pela disponibilidade, pela competência e pelo apoio demonstrados não só nesse trabalho, mas em tantos outros. Particularmente, pelas valiosas contribuições expressas no exame de qualificação.

À **Dra. Luciane Prado Kantorski**, coordenadora do Curso de Mestrado Expandido Polo Bagé-Pelotas-Rio Grande, que, tendo sido minha aluna na graduação, proporcionou-me, na atualidade, a imensa alegria de vê-la em tão destacada posição profissional.

Agradeço pelo privilégio de ser sua aluna e de poder compartilhar de seu trabalho sério, comprometido com os interesses do coletivo e sempre marcado pela tolerância, pelo respeito às diferenças e pela autonomia do livre pensar de cada um. Tal postura nos dá forças para lutar contra as armadilhas que dificultam viver o que somos, ousar o que queremos, fazer o que podemos e, acima de tudo, pensar o que devemos fazer de nossas vidas e de nossa profissão.

À **Dra. Maria Tereza Leopardi**, por suas inspirações em torno de questões relativas às atividades laborais humanas, em particular as da Enfermagem, presentes em toda sua obra. Agradeço por seu apoio irrestrito e por sua generosa disposição em fornecer-me literaturas.

Aos **professores do Curso de Mestrado**, pela satisfação de tê-los conhecido e de, com eles, ter compartilhado momentos criativos, comprometidos com os rumos da Enfermagem.

Aos **membros do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria**, do qual também faço parte, pela convivência que me proporcionou aprender e melhor conhecer a realidade de vida e saúde dos cidadãos deste Município.

Aos amigos **Nelson e Ilse Vitalis** e a seus filhos **Graciela e Alex**, com os quais compartilho a esperança depositada nos ideais comuns, nos sonhos e nos projetos, e, também, as alegrias nas festas e nas vitórias; a solidariedade nas derrotas. São amigos sempre presentes na hora certa para o calor do abraço e, sempre, com compreensão no olhar. O estar juntos ... os momentos de silêncio ... a alegria por tudo o que construímos e dividimos são preciosas recordações. O sentimento de gratidão nasce mais forte e mais profundo quando as experiências vividas, no cotidiano, nos mostram que uma verdadeira amizade se faz presente nos momentos difíceis da vida, nos quais o incentivo, o apoio e principalmente a confiança tornam-se imprescindíveis.

Às amigas e colegas **Orilde T. P. Taschetto e Lia Tereza Rauber da Silva**, nossa amizade nos proporcionou idealizar, sonhar, imaginar e construir nossas vidas pessoais e profissionais juntas. Nossa história é partilha nas idas e vindas do viver, nos silêncios das esperas, na vibração das boas notícias e nas vitórias; na solidariedade ante os problemas e

ante as derrotas, na cumplicidade na tarefa, nem sempre fácil, de abrir portas e desbravar caminhos nos embates da vida.

Às amigas e colegas **Rosa Maria Gonzales, Maria de Lurdes Denardin Budó e Carmen Lúcia Colomé Beck** que, mesmo nas ocasiões em que o trabalho ou o estudo nos colocou à distância, carinhosamente sempre me acolheram com palavras certas, nos momentos exatos, alimentando minha crença na possibilidade do poder ser-mais.

Às **minhas colegas** do Curso de Mestrado, pelo convívio prazeroso que oportunizou nosso crescimento pessoal e profissional; em particular, à **Janice de Moraes Blois e seus familiares**, pela afetuosa acolhida em Pelotas.

À **Julie Giesler Zamperete** e ao **Paulo Roberto Souza Garcia**, àquela por assessorar-me na gravação e no registro dos dados, quando da realização da prática assistencial desse estudo; a este pelos serviços de ilustração e de desenho gráfico demandados. Agradeço a ambos pela impecável digitação de meus manuscritos, pelo criterioso trabalho de análise de texto que resultou na expressão mais clara e objetiva de minhas idéias. Mais ainda, pelo clima de trabalho solidário, afetuoso, fraterno e estimulante que me proporcionou uma gratificante experiência de construção e de partilha de conhecimentos. Enfim, foram momentos que permanecerão sempre vivos em minha lembrança.

Aos meus pais, **Virgílio e Etelvige** (*in memoriam*) pela dedicação, pelo esforço, pelo carinho e pelas lições de fé, de coragem e de amor.

Aos **meus irmãos**, pelo afeto, pela convivência, pelos exemplos de luta, pela compreensão e pela solidariedade.

## RESUMO

A presente dissertação de mestrado, intitulada “O trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde: reflexões sobre a realidade vivida e possibilidades de transformação”, relata a construção de um processo educativo, tendo como referenciais as idéias e a metodologia da problematização de Paulo Freire. Esse processo educativo foi organizado, construído e vivenciado por mim e por sujeitos enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santa Maria, a partir de reflexões sobre o que é, por quem é realizado, qual a finalidade e o que poderia ser o trabalho da Enfermagem nessas UBS. Buscou-se compreender a situação concreta e objetiva do trabalho da Enfermagem nessas unidades e a percepção que o grupo tem dele, confrontar essa realidade com os conhecimentos que os sujeitos tinham antes de iniciado o trabalho, gerar e utilizar novos conhecimentos para definir ações que se encaminhem na busca de melhoria da qualidade de vida e saúde da população. É, portanto, fruto de um trabalho coletivo em que minha contribuição somou-se às idéias do grupo de enfermeiros que, ao refletir e analisar criticamente o seu cotidiano de trabalho, pôde conhecer melhor o que faz e por que assim o faz. A re-criação desse processo exigiu, além da organização coletiva, uma relação dialógica horizontal e participativa dos sujeitos enfermeiros, como forma de favorecer a expressão de suas experiências pessoais e profissionais. Através do exercício desses profissionais de agir-refletir sobre as situações-problema do trabalho da Enfermagem, buscou-se não só compreender essa realidade concreta como também identificar as lacunas de conhecimento e atitudes que são causas das situações-problema identificadas e apontar formas possíveis de superação.

Palavras-chave: trabalho, processo educativo, formação permanente em Enfermagem.



## ABSTRACT

The present master dissertation, whose title is “The Nursing work at the Basic Health Units: reflections on its reality and possibilities of changes” reports the construction of an educational process, having as reference the Paulo Freire concepts and his methodology of problematization. This educational process was organized, construct and lived by me and by other nurses who worked in the Basic Health Units (BHU) in Santa Maria, starting with some reflections about the Nursing duties in the BHUs: what it is, by whom it is done, what its purposes are and what could be the work done there. We searched to explain the concrete and objective situation of the Nursing work in the Units and the perception that the group has of it, to oppose this reality with the knowledge that the subjects had before the work had started, and to generate and utilize the new knowledge to define actions that will improve the population life quality and health conditions. This work is, therefore, the outcome of a collective work in which, to my contribution, was added the group ideas that, when reflecting and analysing critically their daily work, could know best what they do and why they do it the way they do it. The re-creation of this process has required, besides the collective organization, an horizontal dialogical and participative relationship of the nurses, as a way to favor the expression of their personal and professional experiences. Through this exercise of action and reflection about the problematic situations of the Nursing work, we searched, not only to understand this concrete reality, but also to identify the gaps of knowledge and attitudes which are the causes of the problems and to point out some possible ways of overcoming them.

Key words: work, educational process, permanent education in Nursing.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
INTRODUÇÃO.....	1
1 ALGUMAS IDÉIAS DE PAULO FREIRE.....	11
2 PRINCIPAIS CONCEITOS NORTEADORES DESTE ESTUDO.....	21
2.1 Crenças e valores que nortearam este estudo.....	22
2.2 Conceitos.....	23
3 METODOLOGIA.....	40
3.1 Caminho metodológico.....	40
3.2 Contexto do estudo.....	47
3.3 A construção do círculo de cultura.....	55
3.4 A dinâmica do círculo de cultura.....	69
4 VIVENCIANDO O PROCESSO EDUCATIVO E INVESTIGATIVO.....	74
4.1 Compreendendo as expectativas e o desenvolvimento do processo educativo e investigativo.....	76
4.2 “Ad-mirando” o trabalho que réalizamos.....	81
4.3 Relacionando o conceito de saúde com o trabalho da Enfermagem.....	86
4.4 Tomando consciência da realidade de trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.....	89
4.5 Conscientizando-nos dos limites e das possibilidades do trabalho da Enfermagem.....	94
4.6 Avaliando o processo e encaminhando propostas de superação das situações-problema detectadas.....	100
5 REFLETINDO SOBRE OS DADOS EMERGIDOS.....	107
5.1 O trabalho.....	110
5.2 Refletindo sobre o cotidiano do trabalho da Enfermagem nas Unidades	

Básicas de Saúde.....	118
5.3 A experiência coletiva como possibilidade de mudança no trabalho.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	154
ANEXOS.....	160

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	CONTEXTO DO ESTUDO .....	62
FIGURA 2	MARCO CONCEITUAL .....	63
FIGURA 3	MÉTODO DE PAULO FREIRE .....	64
FIGURA 4	MÉTODO DE PAULO FREIRE (CONT.) .....	65
FIGURA 5	O TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – PONTO DE PARTIDA E PONTO DE CHEGADA .....	66
FIGURA 6	O TRABALHO DA ENFERMAGEM .....	67
FIGURA 7	METODOLOGIA .....	68

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	OFÍCIO À SECRETÁRIA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA.....	161
ANEXO 2	OFÍCIO À COORDENADORA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA SECRETARIA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DE SANTA MARIA.....	163
ANEXO 3	CARTA-CONVITE ÀS ENFERMEIRAS.....	165
ANEXO 4	CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	167
ANEXO 5	CARACTERIZE SUA UNIDADE BÁSICA.....	169
ANEXO 6	O TRABALHO DA ENFERMEIRA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	173
ANEXO 7	O TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	175
ANEXO 8	AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO.....	177

## INTRODUÇÃO

*“O homem está no mundo e com o mundo (...) Isto o torna capaz de relacionar-se; de sair de si; de projetar-se nos outros; de transcender. (...) A primeira característica desta relação é a de refletir sobre este mesmo ato (...) Isto é próprio de todos os homens e não privilégio de alguns.”*

Paulo Freire, 1998b, p. 30

## INTRODUÇÃO

A construção desta dissertação de Mestrado é fruto de um processo crítico reflexivo, realizado por um grupo de Enfermeiros trabalhadores nas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria (UBS)– Rio Grande do Sul. Esse processo foi conduzido a partir de questionamentos e reflexões sobre o que é? Qual a finalidade? Como se desenvolve? Por que é assim desenvolvido? O que poderia ser o trabalho de Enfermagem nesses serviços de atenção básica à saúde?

Esse estudo foi realizado amparado na metodologia da problematização, que colocou em pauta o desafio da reflexão simultânea dos sujeitos enfermeiros sobre si mesmos como pessoas e como profissionais e sobre o modo como é organizado o trabalho em saúde/Enfermagem nessas UBS.

Isso significa dizer que o processo direcionou-se à análise de descobertas de possibilidades, para atingir uma dupla finalidade: (re)criar formas de produzir ações em saúde voltadas às necessidades de saúde das pessoas usuárias e, também, munir os sujeitos enfermeiros de meios para a construção individual e coletiva de conhecimentos e habilidades, a partir de sua intrincada rede de relações em equipes, grupos, instituições e sociedade.

Este estudo não pretendeu buscar soluções a todos os problemas levantados nesse coletivo, a intenção principal foi pensar criticamente o trabalho realizado pelos sujeitos enfermeiros, levantar as situações-problema que interferem em seus cotidianos e descobrir lacunas que requeiram maior aprofundamento de conhecimentos de natureza técnica, política e social necessários a uma intervenção eficaz.

Trilhar caminho tão complexo, em tão curto espaço de tempo, implicou em assumir o risco de, ao término do trabalho, não alcançarmos a descodificação das situações-problema levantadas. Ainda, assim, considere válido empreender este estudo por acreditar na importância do avanço, mesmo mínimo, na compreensão da complexidade do que se passa no cotidiano dos serviços de saúde, para vislumbrar alternativas de superação.

A escolha deste objeto de estudo está diretamente relacionada à minha inserção profissional nas áreas de ensino, assistência e gerenciamento de instituições prestadoras de serviços de atenção à saúde.

Ao longo de minha experiência de vida, tenho feito várias reflexões sobre a prática profissional em Enfermagem, dentre essas destaco a constante preocupação de buscar estratégias operacionais que permitam realizar um trabalho voltado às necessidades psicobiológicas e sociais das pessoas usuárias dos serviços nos quais trabalhei, tanto como prestadora direta de cuidados, quanto como educadora e administradora. Essa postura se manifesta através de minhas ações questionadoras e de minha luta no cotidiano profissional, para que não percamos a noção de que nós, profissionais da saúde/Enfermagem, realizamos um trabalho que tem a **possibilidade e o dever** de alcançar em todas as ações desenvolvidas um cuidado adequado às necessidades de vida e saúde dos usuários.

Após a aposentadoria, recusando-me ficar à margem do processo de busca de melhoria na qualidade de vida das pessoas, acorri ao curso de mestrado, entendendo que, através desse esforço prazeroso, eu contribuiria para o avanço do conhecimento no campo da saúde, em especial da Enfermagem.

Para tanto, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos e reflexões, acreditando que o processo de trabalho da Enfermagem possa ser repensado, revelando muitos questionamentos, que possibilitem uma reorientação da práxis da Enfermagem, de modo a contribuir para um trabalho em saúde comprometido com a busca da melhoria das ações, pelo respeito e pela atenção integral aos cidadãos.

Essa motivação advém da percepção de que, apesar do grande avanço tecnológico e científico em nosso país, grande parcela da população brasileira não tem acesso aos bens de consumo e aos serviços produzidos por esses avanços. Esta percepção vai ao encontro



das palavras de Buss & Paim (1998, p. 7), quando este autor afirma que: “a verdadeira face da crise da saúde pública é a desigualdade”. Essa afirmação levou-me a refletir e a buscar razões que justifiquem a distância entre o que a sociedade espera e o que o conhecimento teórico e tecnológico nos tem oferecido. Ajuda-nos na compreensão deste fato os dados apresentados por Westphall, (1998, p. 29), ao afirmar que “O Brasil é o país de maior índice de exclusão social na América Latina”. A autora refere, também, que 10% da população rica do país detêm 47% dos bens da sociedade e que 10% da população pobre detêm apenas 0,8% desses bens.

Essas afirmações vêm a confirmar o que vivemos e observamos em nosso cotidiano, isto é, que o país vive uma crise econômica, política, social e moral que repercute, de forma dramática, não só sobre as condições de vida e trabalho, como também sobre as de saúde da grande maioria dos cidadãos.

Estamos vivendo o período da globalização que, na visão de Minayo (1997), é um período histórico do capitalismo, com implicações econômicas, políticas e socioculturais, que exercem influência sobre o desenvolvimento das sociedades inseridas nas estruturas globais, mas, sobretudo, sobre o subdesenvolvimento daquelas excluídas desse processo.

Uma das principais conseqüências do recrudescimento do subdesenvolvimento é o desemprego generalizado, que afeta diretamente o exercício da Enfermagem, porque o desemprego acentua, de um modo geral, os problemas de saúde e afeta desde a alimentação até o lazer.

Em razão disso, neste estudo, foi refletido sobre a importância de compreendermos o trabalho em saúde intrinsecamente vinculado às práticas econômicas, políticas e ideológicas desenvolvidas em nossa sociedade.

É preciso ter consciência do momento histórico da sociedade brasileira, no qual cada um de nós pode ser um construtor crítico, ou, por outro lado, permanecer alienado diante dos fatos. Vivemos, hoje, em uma sociedade em crise gerada pela recessão econômica, pelos escândalos financeiros e políticos, pela falta de responsabilidade, pela crise de valores e pela conseqüente perda de referenciais do ser humano – seus valores, suas necessidades, seus interesses, suas condições de vida. Essas transformações, às vezes radicais, atingem a própria maneira de ser, de viver, de compreender e de relacionar-se,

gerando violência, insegurança, pobreza, fome, miséria – traduzidos em negação da cidadania. (Gonzales, 1998)

Reconheço que as políticas de saúde, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS (1998), representam um avanço ao propor uma prática de saúde voltada à resolatividade e à acessibilidade aos serviços de saúde a todos os cidadãos. No entanto, o fato de constar na Constituição a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; apesar de significar um avanço, por si só não basta, é preciso percorrer a trajetória de sua efetiva implantação. Vejo que, para a Enfermagem, bem como para a sociedade, esse percorrer será de muitas incertezas, conflitos e desafios.

A criação do SUS, assegurada pela Constituição Federal (CF) de 1988 e pela lei nº 8080/90, reorienta a prática sanitária através de um modelo assistencial, a partir de princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Embora a CF de 1988 defina saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, observa-se que ainda hoje, o sistema de saúde tem se caracterizado pela ineficiência, pela ineficácia e, também, pela insatisfação generalizada da população.

Apesar desses problemas, a garantia constitucional do novo conceito de saúde pode ser considerada um avanço; porque, a partir dessa lei passa a ser entendida como um bem prioritário e uma condição para que todos os indivíduos possam ter uma vida digna, justa e produtiva. Por outro lado, não podemos desconsiderar que os problemas sanitários têm aumentado consideravelmente devido ao aumento da demanda de serviços, gerada pelo empobrecimento da maioria da população e pela extensão dos direitos obtidos pela CF. Quanto à essa questão, Santana & Girardi (1992, p.1) observam que “a magnitude dos problemas sanitários tem se exacerbado devido à incapacidade de resposta do sistema de saúde na esteira da crise econômica financeira e da negligência política-administrativa do poder público”.

O processo de construção do SUS, que impõe a reorganização dos serviços de saúde, não pode ser visto apenas como um ciclo administrativo de assinaturas de convênios, de repasse de recursos e de atos político-administrativos. Sabemos que as experiências de implantação desse sistema exigem mais do que a reformulação administrativa e reinvestimentos de recursos financeiros. Concordo com L'Abatte et al.

(1992, p. 81), quando afirmam que a construção do SUS exige “uma releitura das práticas e dos papéis profissionais à luz de reflexões teóricas e de métodos que efetivamente exponham e questionem com a maior transparência possível as atuações cotidianas dos agentes de saúde, para criar condições à sua transformação.” Assim, entendo que o exercício da reflexão crítica sobre o trabalho dos profissionais de Enfermagem pode se apresentar como uma oportunidade de repensar a qualidade dos serviços oferecidos. Esse processo crítico reflexivo pode contribuir para a redução da disparidade existente entre a oferta e a demanda dos serviços de Enfermagem nas UBS.

Acreditando que poderia entender melhor e contribuir “para a descoberta da verdadeira dimensão na qual está imerso” (Freire, 1998a) o trabalhador da Enfermagem, empreendi esse processo educativo e de pesquisa, cujo ponto de partida foi a minha participação no Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria - CMS.

Nesse trabalho, minha função foi participar de uma comissão de fiscalização e avaliação dos serviços de saúde do município. Conforme o regimento do Conselho Municipal de Saúde, essa comissão tem por objetivo “avaliar a totalidade dos serviços prestados nas unidades, procurando identificar suas propostas e o modo como se organiza o trabalho.”

Sabedora que esse tipo de trabalho de fiscalização é dirigido à procura de distorções ou denúncias feitas ao CMS tomei algumas precauções, dentre elas a de marcar previamente os encontros com as chefias e com as enfermeiras das UBS e solicitar a presença de líderes comunitários conhecedores dos serviços. Acreditei que essas definições e a forma de operacionalidade nos dariam maior transparência, segurança e abrangência dos fatos. A comissão estipulou, então, como ponto de partida, levantar e discutir os problemas prioritários de cada unidade com os profissionais envolvidos e, somente após, encaminhar tais relatos ao CMS.

Ao meu ver, a estratégia foi eficiente, pois houve participação significativa das chefias e de todos os enfermeiros das unidades envolvidas, mesmo que tenha sido uma avaliação que Freire (1998a) entenderia como “ingênua”. Ainda assim, algumas mudanças foram se delineando, haja vista que a plenária do CMS estabeleceu como prioridade, para o ano de 1999, a reestruturação das UBS. Também, foi reconhecida a necessidade de

(re)orientação do Plano Municipal de Saúde para que voltássemos à construção de um processo interativo entre gestores, usuários, equipes de trabalho visando a buscar a saúde em sua integridade, através de ações resolutivas das necessidades de saúde em todos os níveis de atenção (PMS, 2000).

Nessa função e, posteriormente, como coordenadora da comissão de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2000, tive a oportunidade de constatar que a oferta de serviços tipo pronto atendimento, como via de regra tem sido feita, não atende às reais necessidades de atenção à saúde da maioria da população. Percebi, também, que não tem sido dada a importância merecida à tão necessária educação permanente dos profissionais de saúde, para que estes possam intervir para a modificação desse quadro.

Apesar da grande importância das questões supracitadas, nesse município, são poucos os estudos e menos pontuais as experiências que se direcionam à integralidade do cuidado, da vigilância à saúde e de educação permanente dos profissionais.

A experiência de implementação do processo de municipalização de atenção à saúde, até agora vivida, demonstra que esse é um desafio que não poderá ser superado tão somente com a reformulação administrativa e a (re)orientação de recursos financeiros. Nessa linha de pensamento, Nunes (1992, p. 149) afirma que “se assim for, tratar-se-á como uma revisão de arquitetura político-administrativa, que por si só teria uma característica apenas burocrática”.

Penso que essas experiências podem se transformar em oportunidades para repensar a funcionalidade dos serviços em busca de melhorias. Esta busca, necessariamente, exige a qualificação permanente dos recursos humanos em saúde. A complexidade do processo de municipalização da saúde, agregada aos problemas epidemiológicos - decorrentes das desigualdades sociais da população -, exige dos profissionais um preparo que lhes possibilite oferecer ações de saúde adequadas a todas essas demandas. A realidade das práticas de saúde, na rede básica, quase sempre segmentadas, curativas e pouco resolutivas, tem demonstrado que é necessário ir mais além. Para a superação dessas práticas, considero necessária a construção de um processo co-participativo, no qual os profissionais sejam comprometidos com suas práticas, de modo que, em conjunto com a clientela

usuária, possam organizar e desenvolver serviços voltados às reais necessidades de saúde da população.

Baseada nessas considerações, em minha experiência profissional e no suporte teórico fundamentado pela teoria e pela metodologia da problematização de Paulo Freire, busquei **construir um processo educativo e investigativo** que, através do exercício da reflexão crítica sobre a realidade de trabalho da Enfermagem, possibilitasse a geração de um novo conhecimento, capaz de servir como instrumento de intervenção nessa realidade.

Freire (1992, p. 83) sustenta que o ato da “problematização é a reflexão que alguém exerce sobre um conteúdo, fruto de um ato ou sobre o próprio ato, para agir melhor, com os demais, na realidade”. Busquei essa metodologia por entender que a ela permitiria aos sujeitos enfermeiros reverem-se como profissionais, haja vista que a confrontação do sujeito com sua prática implica num retorno crítico a ela, isto é, ele “parte dela e a ela volta” (p. 82).

A relação da proposta pedagógica de Freire com a Enfermagem parte de minha compreensão de saúde, que compreende, dentre outros fatores, a educação como uma prática de organização da vida cotidiana. Entendo que educação e saúde são fenômenos que emergem da história pessoal e social do cotidiano de cada indivíduo. Portanto, saúde e educação são fenômenos individuais e coletivos que contemplam além de dimensões biológicas e psicológicas, também, as dimensões sociais, culturais e políticas.

Ao escolher o trabalho da Enfermagem como núcleo e a enfermeira como sujeito desse processo educativo e de pesquisa, busquei as idéias de L’Abatte et al. (1992, p. 82), os quais afirmam que o processo de reflexão dos profissionais da saúde sobre seu trabalho envolve inclusive os sujeitos usuários. Também, associe-me à idéia dos autores quando dizem que, através desse processo, os profissionais podem adquirir “competência técnica-didática para atuar no âmbito da educação em saúde” .

Assim, o desafio proposto foi o de construir conhecimentos que contemplassem, de igual modo, a qualificação técnico-política e ética. Com isso, quero dizer que procuramos realizar esse estudo não apenas para conhecer os limites da realidade de vida e trabalho, mas sobretudo para construir alternativas possíveis, neste momento histórico da Enfermagem.

Considero que o processo educativo e investigativo, proposto nesse estudo, uma vez desencadeado, pode se tornar um processo de educação permanente. O trabalhador da Enfermagem, ao problematizar seu cotidiano, passa a construir conhecimentos que permitem modificar continuamente a si mesmo e a sua realidade de trabalho, isso o coloca continuamente frente a desafios que exigem respostas.

Como esses desafios foram entendidos dentro de uma realidade total em transformação, sem dicotomia entre enfermeiros e mundo, pensamento e ação, os sujeitos revelaram-se seres inacabados em uma realidade, também, inacabada. Portanto, para alcançar essas respostas é preciso buscar o preenchimento das lacunas do conhecimento e das atitudes que explicam as situações-problema, identificadas na dinâmica da vida cotidiana dos serviços, através de um constante processo de ação-reflexão-ação (Freire, 1998a).

Assim, nessa introdução, após a apresentação das razões que me conduziram a empreender esse estudo, o qual tem por base minha experiência pessoal e profissional, justifico sua relevância por entender que um processo educativo e de pesquisa, tal como aqui foi proposto, pode contribuir para a superação da necessidade de formação permanente dos profissionais envolvidos e, ainda, contribuir para a melhoria do trabalho da Enfermagem nos serviços de atenção à saúde da rede básica municipal.

No primeiro capítulo, desenvolvo uma breve revisão de literatura, na qual abordo algumas idéias de Paulo Freire e, ainda, as etapas da metodologia problematizadora conscientizadora que conduziu esse estudo.

No segundo capítulo, exponho a construção do marco conceitual que é a representação de minhas crenças e valores, resultantes da trajetória de vida pessoal e profissional. Amparo meu pensar no de diversos autores que enfocam o ser humano, o trabalho, o trabalho da Enfermagem, a sociedade, a educação e a Enfermagem.

No terceiro capítulo, delimito a metodologia e articulo o caminho metodológico, a descrição do contexto do estudo, a construção do círculo de cultura e sua dinâmica.

No quarto capítulo, descrevo as vivências dos sujeitos enfermeiros durante o processo educativo e investigativo, as quais se desenvolveram em constante movimento de

ação-reflexão-ação. As vivências enfocaram os seguintes temas: compreensão das expectativas e do desenvolvimento do processo educativo e de pesquisa; “ad-miração” do trabalho realizado; aproximação do conceito de saúde ao trabalho da Enfermagem; conscientização dos limites do trabalho da Enfermagem e vislumbramento das possibilidades de superação; avaliação do processo e encaminhamento de propostas para a busca de superação das situações-problema detectadas.

No quinto capítulo, reflito sobre os produtos das vivências construídas, analisando os dados emergidos sobre **o que é e como é** percebido o trabalho da Enfermagem nas UBS, com auxílio de autores que evidenciaram caminhos no mundo do trabalho em geral e, em especial, na área de saúde/Enfermagem.

Por fim, concluo tecendo considerações sobre o processo educativo e investigativo, expondo seus aspectos contributivos e seus limites, bem como os encaminhamentos das propostas vislumbradas, no decorrer do processo, pelos sujeitos participantes desse círculo de cultura.

Com base no exposto, delimito o objetivo geral desse estudo:

- Construir um processo educativo e investigativo, orientado pela metodologia da problematização, junto aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria, para refletir sobre a realidade do trabalho vivido pela Enfermagem e sobre o que precisa ser transformado para que tal trabalho se direcione às necessidades de vida e saúde da população.

São objetivos específicos desse trabalho:

- Desencadear um processo crítico reflexivo dos sujeitos sobre si mesmos e sobre o trabalho da Enfermagem, buscando oferecer meios para que esses profissionais possam intervir de forma crítica e criativa em seu cotidiano de trabalho.

- Vivenciar, com o grupo de enfermeiros, um processo de ação-reflexão que conduza à descoberta de possibilidades de (re)criação de sua prática profissional.

- Avaliar a aplicabilidade do marco conceitual e do método adotado na construção desse processo educativo.

## CAPITULO I

### ALGUMAS IDÉIAS DE PAULO FREIRE

*“O homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca (...). Esta busca deve ser feita com outros seres que também procuram ser mais.”*

Paulo Freire, 1998b, p. 27-28



## 1 ALGUMAS IDÉIAS DE PAULO FREIRE

As obras de Paulo Freire apresentam-se como uma história coletiva de fazer e criar, com processos seqüenciais e etapas que se repetem sucessivamente. Não há fronteiras reais entre as etapas, apenas fronteiras didáticas.

Freire costuma começar suas obras expondo o que ele pensa e repensa sobre o homem, a história, o trabalho, a cultura, a educação e a liberdade. As propostas de Freire são originadas a partir do vivido e pensado das pessoas, em dadas condições históricas, sempre em constante reformulação e desenvolvimento. Assim, nunca são propostas definitivas e acabadas. São conceitos reflexivos que se elucidam entre si, num contínuo ir e vir, entre o geral e o particular, do todo às partes e das partes ao todo. Nesse sentido, Brandão (1988), mostra-nos como construir de uma nova forma um aprendizado coletivo e solidário, consolidado em uma dupla leitura: a da realidade social em que se vive e a da palavra que a retraduz.

Os movimentos iniciais de Freire (1980) acompanham o fenômeno da problemática da democratização da cultura, surgida após a II Guerra Mundial. O movimento da cultura popular, nos países do 3º mundo, voltou-se às camadas sócio-econômicas inferiores, tendo como uma de suas tarefas a alfabetização de adultos. As propostas desse movimento visavam a um trabalho que objetivasse a real participação do povo, enquanto sujeito de seu processo cultural.

Conforme Damke (1995), a sociedade brasileira, percebida por Freire nas décadas de 50 e 60, era de profundas tensões sociais, geradas pela extrema pobreza, pelo analfabetismo em torno de 50% e pela crescente deterioração do nível de vida da maioria

da população. Predominava a cultura do silêncio e da submissão às decisões vindas do exterior.

Ao acompanhar os movimentos populares pela democratização da sociedade e ao conhecer os déficits educacionais, Freire, juntamente com outros educadores, acreditava em uma educação para o desenvolvimento da capacidade intelectual e de capacidades que permitissem aos homens e mulheres tanto a discussão corajosa dos problemas do seu tempo, quanto a sua inserção crítica nessa problemática. (Damke, 1995)

Seus trabalhos, durante 10 anos no SESI, em Recife, com trabalhadores adultos, são considerados por ele a matriz de suas propostas.

As perplexidades diante dos dramas da vida (selvageria do capitalismo) e a compreensão da estrutura do pensamento, da linguagem e da aprendizagem do diálogo, junto à classe trabalhadora (pensar a prática a partir da prática), foram os alicerces da proposta de uma mudança no enfoque de escola e suas relações.

Gadotti (1995, p. 47) nos alerta sobre a importância de compreender o significado da obra de Freire, que é um “método forte e amplo, uma estratégia global, cimentado pela ideologia política.” (ibid) “É um método de ação cultural que ocorre em uma sociedade em transição, daí a sensibilização e a conscientização serem estratégias de mudança social e política.”

Ao voltar do exílio, em 1979, já em São Paulo, Freire propôs uma escola como centro ou espaço irradiador da cultura. Como centro, concebia que a escola deveria ser e estar no meio vivencial das pessoas; como espaço irradiador entendia que, a partir da experiência (mediada pelo diálogo), da reflexão crítica, das idéias e das concepções daquela comunidade, seria possível sistematizar e criar a própria cultura. O enfoque foi no sentido de “conscientização de seus limites e possibilidades de atuação no seu contexto histórico concreto.” (Damke, 1995, p. 37)

A teoria freireana é um trabalho de cunho vivencial, construído com a participação do povo enquanto sujeito de seu processo de aprendizado, portanto é um trabalho que possibilita uma real participação das pessoas enquanto sujeitos do seu processo cultural. É um trabalho de construção coletiva que, a partir da realidade social concreta, para

transformá-la, apresenta como uma pressuposição fundamental a existência de atitudes interativas mediadas pelo diálogo.

Entendendo como Gadotti (1995), o diálogo proposto por Freire é aquele que se dá através da organização, da sensibilização e da conscientização das pessoas que lutam, por meio da cultura, por uma sociedade mais justa. O diálogo aparece como uma condição para o conhecimento, e o ato de conhecer se dá num processo social sempre mediado pelo diálogo. Freire concebe o ser humano como um ser aberto, essencialmente comunicativo, cuja possibilidade de “ser mais” só é possível através do diálogo entre homens e mulheres que se encontrem para conhecer e transformar a realidade.

Nessa abordagem, o homem é um ser concreto, situado no tempo e no espaço e inserido num contexto histórico. O homem se constrói e chega a ser sujeito na medida em que, integrado em seu contexto, reflete sobre si mesmo e compromete consigo mesmo a tomar consciência de sua historicidade.

Essa idéia e o papel da escola nesse processo são evidenciados por Freire (1980, p. 34) ao dizer que “a educação deve ajudar o homem a chegar a ser sujeito crítico capaz de escolher o seu próprio caminho a partir de tudo o que constitui a sua vida”.

A problematização aparece como um recurso para o desvelamento da realidade, isto é, o momento de ultrapassagem da apreensão espontânea da realidade para uma esfera crítica, na qual a realidade se apresenta como objeto cognoscível. A problematização é a tomada de consciência da existência de um determinado fenômeno. Quanto mais o homem reflete sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais ele se torna consciente e comprometido a intervir nessa realidade. (Freire, 1980)

No meu entendimento, o método de problematização favorece não só o desenvolvimento da capacidade de apreensão dos problemas reais da vida, como também a busca de soluções criativas e apropriadas para o momento histórico.

Nesse processo, à medida que educador e educandos avançam na reflexão crítica sobre a realidade vivida, constroem juntos uma nova realidade, que deve ser tomada como um novo objeto de uma nova reflexão crítica. Para Freire (1980, p. 26), assim ocorre a “conscientização, que só é possível na práxis, na ação-reflexão-ação”, na união da prática e

teoria. Essa unidade dialética constitui, para os homens, a possibilidade permanente de escolher e transformar a si mesmos e ao mundo. Assim, suas idéias se apresentam como algo sempre novo, como um constante estar sendo, como um contínuo refazer-se.

O método da problematização varia de acordo com as obras de Freire, identificando-se com a história sócio-político-econômica da população onde é desenvolvido, mas a essência é basicamente a mesma. Nesse sentido, contribui Torres (1988, p. 17), quando diz: “o método baseia-se no fato de que se deve partir da realidade, refletir essa realidade e voltar à realidade, praticando, corrigindo as falhas que se descobriu na reflexão.” As etapas do método não são estanques, porque é um processo que se constrói a cada vez, a partir da história coletiva dos envolvidos.

Para Brandão (1988), o método aponta diretrizes, mas nunca dita regras de como deve ser posto em prática, porque, a cada situação, o método se constrói de formas diferentes.

### **Os Círculos de Cultura**

Os círculos de cultura surgem como resultado das vivências de Freire na alfabetização de adultos em Recife, na década de 50. Trata-se de um trabalho de cunho vivencial, construído com a participação do povo, enquanto sujeito de seu processo de alfabetização. Os trabalhos são realizados por pessoas dispostas em grupos circulares, acompanhadas de um animador. Juntos concretizam um trabalho de interesse comum, onde todos ensinam e todos aprendem. É um trabalho coletivo, em co-participação, do conhecimento da realidade local onde as pessoas vivem. (Freire, 1980)

Nesses grupos, não aparece a figura do professor tradicional. Há um coordenador cultural ou animador de cultura, que anima e coordena o grupo através de debates, numa relação horizontal. Assim, nessa modalidade, a aula discursiva é substituída pelo diálogo questionador e orientador. Nesse processo de construção conjunta, Brandão (1988, p. 50) recomenda a “preservação da relação dialogal e participativa.” O diálogo é um dos aspectos fundamentais, porque permite ao grupo compartilhar, discutir e confrontar a sua experiência em relação à realidade que vive. A reflexão sobre a realidade vivida, seguida de possibilidades de transformação, é o movimento de “agir-refletir-agir no mundo.” Para

isso, temos que ter claro, em nossas discussões, a “nossa visão de mundo.” Freire (1980, p. 87)

Os círculos de cultura são espaços para privilegiar a instrumentalização cultural de crianças, jovens e adultos, a partir da articulação e compreensão crítica entre o mundo vivido e a cultura elaborada. É a partir dessa compreensão crítica (consciência) que o grupo tem da realidade, mediada pelo diálogo, que se busca o conteúdo a ser trabalhado. Os conteúdos vão surgindo a partir da situação existencial concreta e refletem o conjunto de aspirações dos participantes. (Luckesi, 1991).

### **Temas Geradores**

Os temas geradores são questionamentos dos conteúdos ligados às condições existenciais, à visão cultural e às crenças do grupo envolvido. São chamados de geradores, porque cada um contém, em si mesmo, a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas, provocando, por sua vez, novas etapas de discussão.

Tais temas formam a primeira etapa de construção do método e têm várias outras denominações, como: universo temático levantado, universo vocabular, descoberta do universo vocabular, investigação do universo temático. Todas essas têm o mesmo significado, que “é a idéia de que há um universo de cultura da gente do lugar que deve ser investigado, levantado e descoberto.” (Brandão 1988, p. 25)

Para Freire (1980, p. 33), a procura da temática – aqui expressa como temas geradores – “implica na procura do pensamento dos homens, no meio dos homens que questionam reunidos esta realidade.” (ibid) “é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade que está em sua práxis.” A procura dos temas geradores pressupõe conhecer, previamente, as aspirações, o nível de percepção da realidade e sua ação sobre ela, ou seja, a práxis dos envolvidos.

Nessa primeira etapa são descobertos, através do diálogo, os pensamentos e a linguagem dos homens e mulheres envolvidos. Esses temas representam o modo como as pessoas do grupo desvelam o vivido e o pensado nas suas situações de vida e de trabalho. Desvelar o vivido e o pensado implica em questionar a realidade partindo deles. Isso

significa a criação de vínculos significativos entre o conhecimento e a realidade local. (Brandão, 1988)

Pesquisa temas geradores é apreender como uma realidade social existe na vida e no pensamento, ou no imaginário, dos participantes. Os conteúdos surgem do grupo e de suas relações com o mundo, quanto mais esse mundo for desvelado, maior será a necessidade de ampliar os conteúdos de temas geradores. Fica evidente que, à medida que os sujeitos participam claramente da exploração dos temas, aprofunda-se também a consciência crítica da realidade.

Cabe, destacar dentre tantas, uma idéia de Freire (1980, p. 88) que reflete essa concepção ao dizer que “a constatação do tema gerador como algo concreto não é algo só da experiência existencial, mas também como uma reflexão crítica sobre as relações homens-mundo e homens-homens.” A metodologia problematizadora, além de aparecer como uma forma de apreensão do tema gerador, começa a despertar, nos homens, uma forma crítica de pensar o seu mundo.

Para Damke (1995), o tema gerador é um caminho que possibilita não só o conhecimento crítico da realidade, mas também a intervenção crítica sobre ela. É um objeto de estudo que compreende o fazer e o pensar; o agir e o refletir; a teoria e a prática.

### **Codificação e Descodificação**

A codificação, de acordo com Gadotti (1991, p. 148) é a representação de uma situação vivida pelo grupo em seu trabalho diário, e relaciona-se com o tema gerador, abrange certos aspectos do problema que se quer estudar e permite conhecer alguns momentos do contexto concreto.

A codificação dos temas geradores ocorre na fase de tomada de consciência da situação global de um fato, quando o homem começa a refletir e questionar: sobre si mesmo, sobre sua situação no mundo, sobre o mundo, sobre seu trabalho e sobre o seu poder de transformar o mundo, ou seja, sua práxis. Só assim, partindo dessas reflexões, é que o trabalho passa a ser algo construído pelo próprio homem. Brandão (1988) lembra, que nessa etapa, os participantes sempre, através do diálogo e da participação, podem elaborar conceitos que os auxiliem a pensar sobre o seu estar no mundo, assumindo

criticamente o trabalho que realizam no momento. Assim acontece o que Freire (1980, p. 38) chama de “participação criadora”.

A codificação representa uma dimensão dada da realidade, tal como os indivíduos a vivem. Freire (1980, p. 31) a exemplifica como “uma fotografia ou um desenho que representa uma situação existencial construída pelos alunos.” É na fase de codificação que ocorre a tomada de consciência de um fato. Quando o assunto é contextualizado pelo grupo, este passa a refletir sobre o mesmo, sobre seus condicionantes, sobre onde e com quem estão. É a análise dos aspectos que integram e circundam dado fato ou dada experiência existencial, que representa o entendimento do significado do fenômeno vivido.

A codificação e a descodificação representam um re-olhar crítico, do grupo, o seu contexto real, tanto no geral quanto nas situações específicas. Esse re-olhar significa perceber que, ao mesmo tempo que influenciamos, somos influenciados pelo contexto real. Para Damke (1995) a reflexão teórica conduz o grupo a organizar o pensamento e a desvelar a realidade.

A descodificação ou desvelamento crítico é a operação pela qual os sujeitos, após conhecerem a situação existencial, passam a reconhecer as relações existentes entre a situação originária e os fatos da situação real como se apresentam. É a análise e descrição de uma situação realizada através do pensar em grupo. O trabalhador social tem ação destacada num processo de mudança, ele pode, através do seu conhecimento científico e vivencial, realizar a percepção crítica de uma realidade concreta de trabalho. Freire (1980, p. 32) afirma que: “o fim da descodificação significa chegar a um nível crítico de conhecimento, começando pela experiência que o aluno tem de sua situação em seu contexto real.”

Freire propõe, em sua teoria, a problematização como um ato constante de desvelamento da realidade. É a ação de refletir constantemente sobre os temas e buscar o porquê e o como das coisas. A problematização se estabelece por meio do diálogo horizontal de pessoa a pessoa e deve ocorrer desde a apreensão das situações-problema (temas geradores) até a última etapa do desenvolvimento de cada estudo.

Segundo Freire (1980, p. 167), “problematizar é exercer uma análise crítica sobre a realidade do problema.” A educação problematizadora implica em um constante ato de desvelamento da realidade e conduz ao desenvolvimento da consciência crítica.

Para Torres (1988, p. 37), o método da problematização “trata de inculcar o hábito da dúvida, de perguntar sempre o porquê e o fundamento de tal afirmação. Trata-se de acostumar os participantes a questionar sem temor as argumentações que parecem carecer de lógica e de provas certas.” Tal método, então, conduz ao desenvolvimento de um pensamento crítico questionador, capaz de romper com os tradicionais esquemas verticais da educação bancária.

Na teoria freireana, interpretada por Damke (1995), a conscientização é um certo tipo de saber integrado à práxis, porque se compromete com a existência. Assim, a conscientização é a tomada de consciência e se completa na ação transformadora da realidade – a práxis humana. A perspectiva de transformar e conscientizar parte do pressuposto de que a realidade pode ser modificada, quando o homem descobre que ela é modificável. Portanto, conscientização significa atitude crítica de reflexão que compromete a ação. A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão-ação.

Na descodificação, também, podem aparecer situações para as quais os integrantes do grupo não têm respostas. Essas situações são chamadas, por Freire, de situações limite e elas dependem da percepção que o grupo tem do mundo e da forma dinâmica ou estática de tal grupo pensar e realizar os enfrentamentos no mundo. (Freire, 1980)

### **Desvelamento Crítico**

Desvelar, segundo Silva et al. (1981, p. 591), é tirar o véu, descobrir, aclarar, desvelar uma situação.

Para Saupe et al. (1998, p. 261), essa etapa representa o momento da “tomada de consciência da situação existencial compartilhada”, a qual mostra, ao grupo, um novo conhecimento gerado que conduz à descoberta de novas possibilidades de ação em busca da superação do problema.



Desvelamento crítico, no meu entendimento, é a ação necessária para a descoberta de novos sentidos nas coisas, nos fenômenos e nos processos que compõem uma determinada situação problema. É buscar o âmago das questões para elucidá-las por completo.

## CAPITULO II

### PRINCIPAIS CONCEITOS NORTEADORES DESTE ESTUDO

*“Somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de ‘distanciar-se’ dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isso, de comprometer-se.”*

Paulo Freire, 1998b, p. 17

## **2 PRINCIPAIS CONCEITOS NORTEADORES DESTE ESTUDO**

Tomo como ponto de partida, para a elaboração deste marco, minha experiência como enfermeira e professora de Enfermagem e, também, minha atuação junto ao Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria nesses dois últimos anos. Nesse período, tive a oportunidade de participar da realização de um trabalho de construção coletiva entre profissionais e líderes da comunidade, com a finalidade de desvendar os problemas e as soluções possíveis para o trabalho desenvolvido nas UBS.

Para Saupe & Alves (1999), marcos são fronteiras, são limites sobre o que se pretende desenvolver, ou realizar, no âmbito do conhecimento e da ação.

Entendo que o marco conceitual funciona como estrutura guia para a elaboração de objetivos e, ainda, de seleção e de organização das experiências, dentro do contexto das ações que são realizadas. Ele direciona, dá rumos às nossas intenções, contribui para o entendimento e transformação da realidade.

Nesta Dissertação de Mestrado, procuro - através dos conceitos de ser humano, trabalho, trabalho da Enfermagem, sociedade, educação, Enfermagem, saúde/doença -, delinear a construção de um processo reflexivo junto com as enfermeiras das UBS/SM. Esse processo é norteado pelas idéias de Paulo Freire e por minhas crenças e valores, com vistas a uma reorientação do trabalho da Enfermagem.

### **2.1 Crenças e valores que nortearam este estudo**

Esta unidade, aqui representada, foi elaborada a partir de idéias que possuo e acredito que podem ser o ponto de partida para a realização do estudo. São resultantes de

minha experiência pessoal e profissional, respaldada e inspirada em referenciais teóricos. Cabe aqui ressaltar que, igualmente, foram significativos, para esta construção, as aulas, as idéias e os materiais fornecidos no decorrer do Curso de Mestrado, pois possibilitaram reflexões e desenvolvimento de trabalhos de conclusão, nas diversas disciplinas curriculares.

Essa prática assistencial, que foi operacionalizada por meio da construção de um processo educativo junto com as enfermeiras, vinculou-se às minhas crenças pessoais, que comungam com as idéias de Paulo Freire.

- Os enfermeiros que desempenham atividades nas UBS são seres únicos, sociais, abertos e inacabados. Trazem consigo valores, crenças e conhecimentos que interferem, de forma positiva ou negativa, na sua práxis.

- Os profissionais de Enfermagem, através de reflexões coletivas, podem desenvolver a consciência crítica de si mesmos e de seu processo de trabalho, fortalecer-se, decidir, mobilizar-se e agir em busca de ser mais de si e da equipe.

- Os profissionais da Enfermagem como trabalhadores sociais, por meio da participação concreta na análise crítica de seus trabalhos, podem apontar caminhos para a reorganização do sistema de saúde, como uma das formas de aprimoramento da cidadania brasileira.

- Os profissionais enfermeiros, partindo de suas experiências pessoais e profissionais, através do diálogo e da reflexão crítica, podem construir continuamente novos conhecimentos.

## 2.2 Conceitos

Segundo Minayo (1993, p. 92), “toda a construção teórica é um sistema cujas vigas mestras estão representadas por conceitos. Os conceitos são as unidades de significado que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podemos considerá-los como operações mentais que refletem certo ponto de vista da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Desta forma, eles se tornam um caminho de

ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações e, ao mesmo tempo, um caminho de criação.”

A construção dos conceitos, aqui apresentados, está baseada em minha experiência profissional, nas obras de Paulo Freire (1980, 1996, 1998a,b) e na combinação de idéias destes autores: Marx (1976, 1987); Brandão (1988); Torres (1988); Rosa et al. (1989), Leopardi (1995a,b); Capella & Leopardi (1999); Gadotti (1995); e Pires (1999).

Os **seres humanos** são homens e mulheres, são seres existenciais concretos, históricos, mutáveis, diversos, finitos, limitados, mas conscientes de sua inconclusão e de que “vivem em e com uma realidade também inacabada” (Freire, 1998a, p. 73).

O ser humano é um ser da natureza, que vive inserido em uma rede de relações históricas, determinadas por questões políticas, sociais, econômicas e culturais. Como um ser que faz parte da natureza, estabelece relações interdependentes com outros seres e tem a capacidade de modificar a si mesmo e a natureza, podendo intervir, potencializar ou agredir.

O ser humano tem a capacidade de sair de si mesmo, buscar sua identidade e fazer sua própria história, tendo como ponto de partida a si próprio, suas vitórias e suas derrotas. Este, ao refletir sobre si mesmo e sobre seu meio, pode decidir o que é melhor para si, mobilizar-se e agir em direção a objetivos próprios, em um ininterrupto processo de busca de ser mais, que o possibilita transcender constantemente. É essencialmente ser de relações, em constante interação com o meio em que vive, como observa Freire (1998b, p. 19) “em permanente busca, indagador, curioso em torno de si e de si no e com o mundo e com os outros, porque histórico e preocupado sempre com o amanhã.”

Ao associar reflexão com atuação sobre uma dada realidade, o ser humano influencia e transforma o mundo da produção da existência, aprendendo, formando-se e transformando-se enquanto ser histórico. Enquanto um ser de diálogo, é um ser de relações que influencia e sofre influências em suas atitudes e comportamentos; enquanto um ser social, tem possibilidades de crescer e completar-se com outros seres humanos.

As enfermeiras, seres humanos deste estudo, têm capacidade de analisar criticamente, de comparar, de avaliar, de decidir - com justiça, as questões cotidianas do

seu micro-espço de trabalho -, de lutar por melhores condições de vida para todos os cidadãos. São sujeitos do processo de trabalho em saúde/Enfermagem que - a partir de reflexões críticas sobre si, sobre seu trabalho e sobre suas relações com a clientela usuária -, têm potencial para buscar resposta às seguintes questões: como nascem? como vivem? como trabalham? como adoecem? e como morrem os trabalhadores e os usuários das UBS? Respostas que serão encontradas através da análise das situações-problema e de seus nexos causais.

São mulheres enfermeiras capazes de pensar sobre si mesmas, sobre suas relações com outros seres humanos e com a natureza, o que pode mudar seu modo de agir e de pensar. O fato de poder pensar, proporciona-lhes possibilidades de escolhas, tais como determinar a direção e o significado de suas vidas e construir suas histórias pessoais e profissionais. Elas têm sentimentos e realizam ações determinadas e conjugadas com os demais profissionais da equipe de saúde, com a clientela usuária, com o meio ambiente e com a sociedade em que vivem.

Através da apreensão e da reflexão crítica de seus cotidianos, as enfermeiras podem desenvolver potencialidades tais como a capacidade de associar reflexão com atuação; de buscar formas co-participativas para transformar a realidade de vida e saúde da clientela usuária; e, ainda, se tornarem sujeitos de suas práxis, mostrando-se, assim, compromissadas com a realidade.

As enfermeiras, desse estudo, têm consciência de seu papel como trabalhadoras sociais em um processo de mudança que, segundo Freire (1998b), pode ser conseguido por meio da apreensão e da compreensão crítica da realidade pessoal e da realidade de trabalho na qual estão imersas.

Em relação ao compromisso do profissional com a sociedade, Freire (1998b), observa que o profissional precisa reconhecer-se primeiramente como homem, comprometendo-se consigo mesmo dentro de um contexto histórico-social em cujas inter-relações constrói seu eu. Então, seu compromisso com o mundo e com os outros homens – enquanto homem - é a solidariedade na incessante procura da humanização e seu “compromisso como profissional, além de tudo isso, é uma dívida que assumiu ao fazer-se profissional” (p. 20).

Dessa forma, quanto mais esses sujeitos enfermeiros se capacitam como profissionais, quanto mais sistematizam suas experiências, quanto mais utilizam o patrimônio cultural, que é de todos e ao qual todos devem servir, mais aumentam suas responsabilidades com a clientela usuária, com os outros profissionais, enfim, com todos os seres humanos.

As enfermeiras, como todo ser humano, precisam compreender a si mesmas como seres em constante relação com o mundo, uma vez que são “seres-em-situação” (Freire, 1998b, p. 28), portanto, seres da práxis, que é ação e reflexão para a transformação da realidade. Nessas relações, através de suas ações sobre o mundo, essas se encontram marcadas pelos resultados de suas próprias ações. Assim, atuando, transformam; transformando, criam uma realidade que as envolvem e condiciona suas formas de atuar.

O **trabalho** é um espaço de encontro entre os homens. Estes, a partir da tomada de consciência da realidade, criam respostas às suas necessidades, aos outros homens e à sociedade. É pelo trabalho, mediado pela reflexão e pelo diálogo, que o homem se descobre como ser de transformação e ser transformado – ser da práxis.

O trabalho é a maneira pela qual o ser humano produz as coisas necessárias a sua existência. Para essa produção é necessário força de trabalho humano, determinada matéria-prima e relações com outros homens. Desse modo, o trabalho, por ser uma produção humana, é social. É um bem coletivo e, assim sendo, é uma forma do homem relacionar-se com outros seres humanos.

O trabalho humano, enquanto atividade consciente, proposital e criativa não pode ser visto apenas como mera necessidade à sobrevivência, mas deve ser entendido como uma atividade que modifica a matéria e o ser humano que o executa. O ato de transformação de uma dada matéria é intencional, planejado mentalmente e exteriorizado através do trabalho, resultando em um produto que passa a fazer parte do mundo, adquirindo vida própria, independente de seu criador/executor e do momento de sua criação; já a possibilidade de transformação humana, pelo trabalho, ocorre porque o ser humano tem o poder de olhar, admirar, reconhecer-se na obra que realizou/construiu, refletir e fazer opções em direção ao seu crescimento pessoal e grupal, então, pode transcender ou permanecer como está, acomodando-se à situação.

Nessa perspectiva, os sujeitos enfermeiros desse estudo podem modificar seus hábitos e comportamentos, construir conhecimentos, desenvolver habilidades e experiências, enriquecendo-se como pessoas e contribuir para o enriquecimento de seu grupo de relações, da instituição à qual está vinculado, enfim, da sociedade.

O trabalho, nesse estudo, é compreendido como um conjunto de ações que abrangem, não só procedimentos técnicos e equipamentos utilizados para os cuidados com a saúde/doença das pessoas, mas também a aplicação dos conhecimentos, do saber profissional, na solução dos problemas detectados, levando em conta o significado do relacionamento surgido entre os profissionais e a clientela usuária.

Assim, é preciso que os profissionais se mobilizem para a construção de espaços que possibilitem diálogo, reflexões, acesso a informações, relato de experiências, enriquecimento interior, desenvolvimento cultural e atualização permanentes. Esses espaços também precisam estar abertos à clientela usuária, aos professores e aos alunos, para a análise de relatos de experiências vividas, possibilitando a geração de idéias e ações transformadoras no trabalho em saúde.

O trabalho, entendido como um processo, tem como finalidade o comprometimento com a busca de alternativas para o atendimento das necessidades das pessoas, para melhorar a qualidade de vida delas e manter a qualidade do meio ambiente onde vivem. São objetos desse processo, as pessoas, as famílias e os grupos sadios/doentes e/ou em condições de vulnerabilidade no seu ciclo de nascer, viver, trabalhar, adoecer e morrer. O trabalho, nesse sentido, tem, também, a finalidade de promover a melhoria das relações da equipe de saúde entre si mesma e com a comunidade usuária. Os instrumentos do trabalho são os próprios corpos dos trabalhadores e dos clientes, o conhecimento informal, formal e profissional (saber tecnológico) e, também, os materiais, os equipamentos e as instalações. Como produto final do trabalho entende-se a prestação do cuidado em si, que é consumido ao mesmo tempo em que é produzido ou realizado.

O **trabalho da Enfermagem** integra o trabalho em saúde, pois é parte do setor de serviços; mesmo com especificidade de conhecimento e de prática, esse trabalho pertence ao conjunto maior de atividades que dirigem suas ações a seres humanos. É um processo que se constrói entre sujeitos profissionais e sujeitos com necessidades de vida e saúde,



não produz bens materiais, pois completa-se e é consumido durante o ato de sua realização, sendo a própria realização da atividade indissociável do processo que o produz. É um trabalho interativo, que se caracteriza por atos objetivos e subjetivos entre profissionais e usuários individuais ou coletivos (Pires, 1999).

Ainda, segundo essa autora, as ações de Enfermagem podem ser realizadas de forma independente, em uma relação direta entre profissional e usuários; mas, via de regra, é um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais da área da saúde, bem como por profissionais de outras áreas do conhecimento.

O trabalho coletivo é, então, um processo realizado em co-participação (profissionais/clientela usuária, profissionais/profissionais/gestores), no qual podem ser criados espaços para o diálogo horizontal e para as reflexões críticas sobre a realidade concreta do cotidiano. Isso possibilita a escolha - pela clientela usuária, pelos trabalhadores e pelas instituições envolvidas -, das melhores opções de ações dentre as possíveis.

Nesse processo coletivo, é possível realizar um trabalho não fragmentado, não parcelado, mesmo que os trabalhadores executem apenas algumas etapas do processo de trabalho da Enfermagem, para isso é necessário que esse trabalhador só, ou em equipe, pense e execute determinada etapa considerando-a como parte de um todo. O processo de trabalho pode organizar-se voltado ao atendimento da integralidade das pessoas, que exige vínculos entre quem presta o serviço e que o recebe. Assim, além de construir ações positivas para melhorar a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias em seu meio ambiente, esse processo pode buscar mudanças para as causas mais gerais que determinam os problemas de vida e saúde de uma grande parcela da sociedade, sobretudo daqueles considerados excluídos desta.

O trabalho em saúde e Enfermagem é um conjunto de práticas baseadas em conhecimentos científicos, as quais requerem instrumentos próprios e visam a interferir no processo saúde/doença das pessoas. O trabalho da Enfermagem não pode ser visto, simplesmente, como o desempenho de atividades a serem cumpridas, pois faz parte de um processo interativo entre trabalhadores e usuários, aqueles comprometidos com a busca de melhores condições de vida e saúde para si próprios, para os usuários e para a sociedade.

Na construção do trabalho da Enfermagem, como assegura Leopardi (1995ab, 1997), deve-se tomar sempre, como ponto de partida, a relação concreta de saúde/doença dos indivíduos e o cuidado devem ser a essência do trabalho da Enfermagem. Nesta perspectiva, é de fundamental importância garantir a participação dos usuários em todos os cuidados realizados pelos enfermeiros, no sentido de que haja respeito aos sentimentos, aos modos de pensar, às crenças e convicções desses usuários, bem como assegurar o direito de escolherem o que é melhor para si mesmos no momento.

Em relação às ações dirigidas à necessidade de grupos (famílias e comunidade), além dessa garantia já citada, é preciso atender aos interesses e às necessidades desse coletivo e negociar com seus representantes sobre quais ações escolher, como fazer e/ou encaminhar as ações de saúde.

A **sociedade** é um conjunto de homens e mulheres autoconscientes, que possuem características individuais próprias, que os tornam diferentes quanto ao modo de ser e estar no mundo. Esses seres sociais formam comunidades ocupando determinado espaço geopolítico e vivendo associados a diferentes grupos (famílias, escolas, grupos religiosos, sindicatos, instituições de trabalho, etc.), os quais condicionam determinados modos de viver. Estabelecem costumes, tradições, ideologias, leis e, também, compartilham objetivos comuns, num processo de autodesenvolvimento, em direção às transformações necessárias à manutenção e à seqüência da vida. Tais seres, através da sua inserção no trabalho, realizam ações congregadas e interdependentes, relacionando-se entre si e com a natureza para produzir e reproduzir sua existência. Os homens, em sociedade, se constroem como seres relacionais, podendo mudar seu modo de agir, de pensar e de fazer. É nesse meio, a cada instante, que os homens construindo-se, constroem a trajetória da sociedade.

A sociedade brasileira, segundo Egry (1996), estando assentada no modo de produção capitalista periférico, é formada por classes sociais com diferentes condições de acesso ao processo de produção de bens e de serviços necessários à reprodução da vida das pessoas. De fato, é notório que nossa sociedade é marcada por profundas desigualdades sociais responsáveis pela exclusão de grande parcela da população, do acesso a bens e serviços necessários a uma vida digna. Essa opinião é corroborada por Buss & Paim

(1998), ao afirmarem que a desigualdade existente em nossa sociedade é a verdadeira “face da crise da saúde”.

Para fomentar essa reflexão, Fantim (1997) contribui, quando afirma que percebe, em nossa sociedade, dois projetos conflitantes para enfrentar a dura realidade brasileira, diante do aprofundamento da exclusão econômica, social, política e cultural. Um deles é o projeto neoliberal que acredita na solução dos problemas brasileiros através dos seguintes pontos: “Estado mínimo, exercendo o papel de grande fiscalizador; Mercado, principal definidor das ações e parâmetros das diretrizes para as políticas sociais; Valorização do trabalho como única forma de humanizar a sociedade; inclusão de poucos nos programas de melhoria de qualidade de vida”, além de estímulo à competitividade entre as pessoas facilitando o individualismo. (p. 51)

Para a autora, esse modelo tem apresentado resultados negativos, tais como o aumento da exclusão da população do processo produtivo, gerando desemprego, violência, condições subumanas de vida, carência de cuidados elementares a crianças, velhos e deficientes e, ainda, doenças e mortes prematuras ocasionadas pela fome, pela falta de saneamento básico e pela inadequação das condições de trabalho.

O outro projeto é a “cidadania para todos”, que apresenta “propostas de ações e reflexões no campo da política, economia e no âmbito social.” (Fantin, 1997, p. 51). Esse projeto norteia-se pelo pressuposto de que o Estado deve propiciar e contribuir para que todos os cidadãos tenham condições de educação, moradia, alimentação, trabalho e renda e, também, de paz, justiça social, solidariedade e equidade, enfim, “cidadania, como valor que garanta melhores condições de vida, participação, envolvimento, direitos”.

Para Freire (1980, p. 20), o ponto de partida, para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, ocorre através da “consciência reflexiva e crítica do mundo humano.” É nesta ação-reflexão-ação constante que os indivíduos podem provocar mudanças em seu modo de viver e transformar a sociedade.

Tais ponderações incitam todos no envolvimento de ações no sentido de olhar para sua realidade local, inserida no contexto nacional, refletir sobre ela e buscar formas de superação dos problemas. Entendo que o primeiro desafio seja a questão do envolvimento da população nas decisões que dizem respeito à vida. Para que isso aconteça, além de

considerar a pessoa como foco central das políticas e das ações em todas as esferas de governo, é preciso, também, investir no cidadão como ser com capacidade em potencial de não só controlar sua própria vida, como também buscar melhorias para si e para os outros. Outro desafio é a superação das formas tradicionais de tomada de decisões, geralmente de natureza verticalizada e autoritária, de pessoas e grupos investidos com poderes de Estado: poder econômico, religioso, científico e tecnológico. Ante este desafio, visualiza-se o desenvolvimento de ações determinadas por metodologias participativas, no qual as pessoas são colocadas como sujeitos históricos, autônomos, construtores de suas condições de vida, o que conseqüentemente conduz à mudança da sociedade.

Tendo em vista que esse estudo trata da saúde - como questão que não pode ser analisada como algo desvinculado do contexto global da sociedade brasileira -, amparo-me nas reflexões de Buss & Paim (1998, p. 7) ao observarem que as intervenções técnicas, feitas no campo da saúde, precisam estar estritamente vinculadas às práticas econômicas, políticas e ideológicas. Para tanto, os autores lembram que “é preciso pensar a saúde pública segundo uma perspectiva histórica, sem jamais perder de vista uma análise elaborada da sociedade que a engendrou”. Na visão dos autores, segundo essa lógica, “as desigualdades não estão apenas na saúde pública, mas remetem às condições de vida das sociedades e expõem claramente a forma como essas sociedades decidiram se organizar”. Eles recomendam, ainda, que temos que compreender saúde como produção de conhecimentos. Para atender a essas exigências, a promoção da capacitação das pessoas torna-se o grande desafio. Ao falar de capacitação refiro-me a um processo educativo que combina construção de conhecimentos, atitudes, aptidões e esperanças, que confira às pessoas um potencial para construir suas vidas autonomamente, contribuindo, assim, para a melhoria da vida comunitária.

Ao refletir sobre sociedade, percebo que, embora a economia e a política vigentes condicionem fortemente o modo de vida das pessoas, a economia assim como a política não explica tudo que acontece no desenrolar da história. Apesar desses condicionamentos, o ser humano é capaz de decidir o que e o como fazer para atender suas necessidades de vida. Essas decisões nem sempre se dão de forma tranqüila, isso pode ser verificado se

olharmos para as pessoas excluídas da sociedade que, através das mais variadas formas, encontram suas “saídas”.

No enfrentamento dos desafios para a construção da vida cotidiana, é que as pessoas experimentam a condição de sujeitos de sua própria história e, assim, através das relações sociais estabelecidas no cotidiano concreto, constroem seu conhecimento. Nesse contexto, a **educação** é uma prática humana histórica, determinada no âmago das relações sociais, ou seja, é algo essencialmente ligado à vida em sociedade. Repensá-la é repensar as relações sociais e as ações individuais e coletivas. Nessa perspectiva, é impossível pensar a educação como tem sido vista, ou seja, atribuir tão somente à escola a responsabilidade da educação. É preciso entender e considerar a educação como um processo dinâmico interativo que se constrói no cotidiano das pessoas, em movimentos de ação-reflexão e avanços contínuos. Segundo Manfredi (1986), as práticas de vida e trabalho e os movimentos sociais que lhes dão suporte são as bases reais e concretas para a construção do conhecimento.

Pensar em processo educativo, nessa perspectiva, é pensar num processo interligado de forças econômicas, políticas e culturais que, ao mesmo tempo influenciam as pessoas e por elas são influenciadas. O engajamento desse processo como um ato determinado e determinante da sociedade é, no dizer de Domingues (1986, p. 362), a instalação da práxis educacional na “totalidade da práxis existencial.”

Freire vê a educação como um trabalho de cunho vivencial, em que o homem é o sujeito. Um trabalho de construção coletiva, mediada pelo diálogo, que parte da realidade social concreta e manifesta-se através das relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos. Esses crescem através da compreensão de si mesmos, dos outros e do meio (em tempo e espaço situados) e podem intervir neste meio.

Freire pensa educação como ato político, ato de conhecimento e ato criador. O autor nos conduz a procurar, nas ciências sociais e naturais, elementos para compreender cientificamente a realidade e poder intervir, nesta, de forma mais eficaz. O autor afirma, também, que não basta conhecer a realidade, que é preciso comprometer-se com sua transformação. Nesta concepção, a educação visa a libertação do homem, a transformação

da realidade para torná-la mais humana, permitindo que os homens se reconheçam e sejam reconhecidos como fazedores de sua história (Mazzorani, 1999).

Essa percepção de educação exige uma metodologia que conduza os sujeitos envolvidos para a apreensão da vida vivida, para a observação e reflexão sobre ela; e, também, a uma tomada de decisões para uma construção de ações necessárias ao desenvolvimento pessoal, grupal e social. Portanto, nessa concepção, a educação caminha no sentido de o sujeito redescobrir-se como indivíduo autônomo e livre, para enfrentar os desafios da vida.

A educação é entendida, nesse estudo, como um processo de aprendizado de homens e mulheres, que combinam aquisição de conhecimentos com desenvolvimento de atividades e de aptidões. Eles devem ter esperanças e saber usar esse potencial para construir suas vidas e contribuir com melhorias para a coletividade em que estão inseridos. Vale lembrar que esse é o processo de construção de conhecimentos para os sujeitos enfermeiros. Tal processo decorre do relacionamento entre os sujeitos enfermeiros, a equipe e a comunidade usuária, na busca da compreensão e conscientização de si mesmos, dos outros, do meio ambiente em que vivem e de formas de intervenção para realizar as mudanças necessárias nessa realidade. Esse processo é constituído por meio da problematização da realidade, por atos de construção de conhecimentos pessoais, contínuos, co-participativos, socializados, mediados pelo diálogo reflexivo entre quem ensina e quem aprende. O diálogo se dá em uma relação horizontal entre os sujeitos, de modo a alcançar a superação da relação “quem sabe mais, quem sabe menos”.

Segundo Freire (1980, p. 167), “problematizar é exercer uma análise crítica sobre a realidade do problema”. A educação problematizadora implica em desenvolver a capacidade dos sujeitos de apreenderem os fatos do cotidiano que interferem em sua vida, através de uma postura constante de dúvida e questionamento sobre os seus porquês e as causas que os desencadeiam. Essa forma de agir está baseada na relação “consciência/mundo” (Freire, 1980, p. 27). Essa relação, tomada como reflexão crítica, exige a aproximação do homem com o mundo, permitindo o esclarecimento dos fatos obscuros que se apresentam, ultrapassando assim a posição ingênua diante desses.

A conscientização, então, é um processo progressivo de apreensão, distanciamento, objetivação e conhecimentos críticos da realidade existencial. Tal postura conduz os homens a desenvolverem a capacidade de olhar essa realidade da forma mais crítica possível, para conhecê-la e conhecer a intrincada rede de relações que podem nos enganar e impedir a visualização das reais causas que determinam ou impedem a humanização. (Freire, 1980)

Para Freire, esse processo constitui a “práxis humana”, que é a unidade indissociável entre ação e reflexão, teoria e prática, sobre a realidade do mundo num determinado momento. O autor reforça essa idéia com a seguinte afirmação: “a conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão”. (p. 26)

Portanto, os sujeitos enfermeiros, como todo o ser humano, são capazes de construir conhecimentos, conscientizarem-se desses conhecimentos para realizar ações e trabalhar sobre a realidade, transformando-a, deixando sua marca e, assim, fazer sua história, pois “a conscientização é um compromisso histórico ... implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com o material que a vida lhes oferece.” (Freire, 1980, p. 26)

Nessa perspectiva, os sujeitos enfermeiros devem conscientizar-se da necessidade do preparar-se para construir conhecimentos relativos ao processo **saúde/doença** como acontecimento natural da vida das pessoas. Esses conhecimentos devem se direcionar para a elucidação de equívocos, tais como: pensar que educação é apenas acúmulo de informações e aptidões básicas obtidas na educação formal; que saúde é apenas o contrário de doença. Acredito, nesse sentido, que não se pode conceber educação e saúde como fenômenos desvinculados, já que tanto saúde quanto educação são construídas e vivenciadas juntas na vida das pessoas. Os sujeitos enfermeiros, dentro dessa concepção, podem e devem construir sua vida e contribuir para uma melhor qualidade de vida da clientela usuária através de um processo contínuo de ação-reflexão-ação. Assim, nessa compreensão, podemos empregar esse conhecimento para ajudar as pessoas a melhorar sua educação e, ao mesmo tempo, aprimorar seus cuidados com a saúde.

Segundo Gentile (1999), na década de 70, têm início os marcos conceituais de promoção à saúde. Estes são, até hoje, marcos referenciais na área da saúde. A autora lembra que, em 1974, Marc Lalonde defendeu a idéia de que os indivíduos e seu meio ambiente constituem a base de todos os objetivos do agir humano. Tais idéias concebiam saúde numa visão unificada, porém ampla e relacionavam biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de atenção à saúde com políticas monetárias e sociais. Dessa forma, a concepção de saúde, proposta por Lalonde, estava relacionada a medidas preventivas, ou seja, a mudanças de modos de vida.

É, então, na década de 70, que o processo saúde/doença passa a ser visto e analisado sob sua determinação histórica e social, traz à tona as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas como fatores determinantes das condições de saúde/doença das pessoas em suas comunidades. Essa assertiva, também, está relacionada com a forma como as pessoas e grupos podem - através do trabalho e da educação - realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e, também, enfrentar ou mudar os fatores que determinam seus problemas, passando, assim, a serem agentes de transformação e determinação de sua vida e da sociedade.

Esse modo de pensar culmina na Declaração de Alma-Ata (1978) e, também, na Carta de Ottawa (1986). Esta reconhece que “a saúde é o resultado dos cuidados que se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar sua própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde” (Ministério da Saúde, 1999, p. 35).

A Declaração de Alma-Ata (1978) considera política, social e economicamente inaceitável a chocante desigualdade existente na condição de saúde das pessoas das nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento. Também considera de importância fundamental o desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional que assegure “saúde a todos os cidadãos, até o ano 2000” e “que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.” (Ministério da Saúde, 1999, p. 36). Nesta conferência, fica reafirmado, ainda, o conceito de saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não, simplesmente, ausência de doença ou de enfermidade. Considera, ainda, saúde como um direito humano fundamental que requer, para sua



obtenção, ações interligadas entre as áreas da saúde, as sociais, as econômicas e as culturais.

Segundo o relatório de avaliações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), nos anos 70, o Brasil vivia movimentos de luta pela democratização do país, dentre os quais se destacou o Movimento Sanitário que, além de caracterizar-se como denúncia contra a ditadura e contra os interesses econômicos, também avançou na produção de conhecimentos, na crítica ao modelo de políticas de saúde vigentes e na denúncia das precárias condições sanitárias da população. Esse movimento ganha expressão nacional e passa a ser reconhecido como processo de abertura democrática, ante a falência do sistema vigente e a piora das condições de vida da população.

Segundo Cordeiro (1986), é a partir de 1984 que as idéias dos movimentos de luta, pela reforma sanitária, começam a encontrar aceitação governamental e passam a ser gradativamente implementadas. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, materializa-se o consenso em torno da “conceituação de saúde, seus determinantes, sua incorporação ao direito de cidadania e o conseqüente dever do Estado, criação do SUS e interdependência entre política social e econômica com os entraves existentes...” (Cordeiro, 1986, p. 20).

Esses princípios, resultantes de um amplo movimento social, estão contemplados na Constituição Federal de 1988. (CF/88) Desta, extraímos os seguintes marcos, capazes de contribuir para as reflexões deste estudo:

Art. 1º. A República Federativa do Brasil... tem como fundamentos:

II. A cidadania

III. A dignidade da pessoa humana

IV. Os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa.

Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I. Construir uma sociedade livre, justa e solidária;

III. Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais...

Art. 196. 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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esse recorte tem por objetivo apontar alguns dispositivos constitucionais, a fim de propor reflexões críticas acerca de nossa realidade jurídica - em especial na área da saúde -, confrontando-a com a realidade concreta de vida, saúde e trabalho da população objeto desse estudo.

O conceito de saúde da CF/88 é considerado um avanço para a sociedade brasileira, uma vez que ultrapassa o entendimento tradicional (levava em conta prioritariamente as doenças e suas causas biológicas) e contempla, também, as causas sociais e econômicas, como a fome, a falta de saneamento básico, o desemprego, a educação, e outras causas determinantes e condicionantes do modo de vida e de trabalho da população.

Saúde é entendida como um bem prioritário, construído, na vida cotidiana, através de recursos sociais, pessoais e, ainda, da capacidade físico-biológica, inerente ao modo de viver dos homens na sociedade. Portanto, é um processo histórico, dinâmico, com determinantes de responsabilidade humana, de relacionamento familiar e de aspectos econômicos, políticos e sociais, que interferem na capacidade de cada ser humano “viver a vida”. Nesta perspectiva, devemos considerar a saúde como um direito social próprio ao bem estar da coletividade e não apenas como uma busca de saúde e bem estar individual.

Neste estudo, adota-se uma posição reflexiva de saúde como um direito de cidadania, todos os brasileiros devem ter um viver saudável. Isso implica no compromisso dos profissionais da saúde em contribuir para o acesso de todas as pessoas a bens e serviços. Nestes estão compreendidos não só os básicos à sobrevivência, mas todo o conjunto de fatores que garantam qualidade de vida como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, meio ambiente sadio, saneamento básico e lazer.

Qualidade de vida é entendida como a noção que as pessoas têm a respeito de seu grau de satisfação na vida familiar, social e ambiental. Minayo lembra que os “valores não materiais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade” (Minayo et al., 2000, p. 9). Essa noção abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de pessoas e da coletividade em uma dada época.

Nessa perspectiva, saúde é um processo educativo constante, porque é criada e vivida no cotidiano, na família, na escola, no trabalho, no lazer. Resulta de como as pessoas se cuidam e são cuidadas, da capacidade de tomar decisões, de controlar sua própria vida e de buscar meios para que todas as pessoas tenham a possibilidade de viver com saúde.

A Enfermagem, através da sua forma de organização, pode influenciar no processo viver/adoecer das pessoas. Para que essa influência seja positiva, precisa-se adotar uma visão integral de saúde. Para isso, é necessário identificar os problemas de saúde e as verdadeiras causas destes, procurando soluções de forma participativa com os sujeitos envolvidos.

Reafirmamos a importância da relação inseparável que deve existir entre educação e saúde como fenômenos da vida, sendo que a Enfermagem, através do processo de trabalho específico de educação em saúde, pode contribuir de sobremaneira para a construção de conhecimentos, para ajudar as pessoas e as comunidades a aumentarem seu potencial de aprendizado de saúde, ao mesmo tempo em que buscam melhorar suas condições de vida. A saúde é um processo de encontrar sentido para a vida, é um processo educativo constante. Doença significa todas as limitações ao bem viver e/ou perspectivas de viver melhor.

**Enfermagem** é uma profissão que possui, em sua essência, o cuidado às pessoas, portanto é um trabalho essencial à vida humana. Visa a ajudar as pessoas, suas famílias e a coletividade no processo de viver, adoecer e morrer. Enfermagem é ser, estar, fazer em co-participação na vida das pessoas e da coletividade, em constante movimento de ação-reflexão-ação. É, portanto, um processo interativo entre pessoas que podem trocar experiências, conhecimentos e partilhar sentimentos. Cada encontro é singular e caracteriza-se por aspectos objetivos e subjetivos da situação vivida, os quais produzem significados favoráveis ou desfavoráveis, conforme o tipo de relação estabelecida, passando esses a fazer parte da vida e da história dos envolvidos.

As ações da Enfermagem envolvem um trabalho profissional que é regulado pela Lei do Exercício Profissional n. 7498/86 e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) – 160/93 que trata do Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem. Além das determinações legais e éticas da profissão e das diretrizes do SUS, também a sociedade, pelas condições de vida e saúde nas quais se encontra a maioria da população, exige serviços profissionais que não só dêem conta de tratar as doenças das pessoas individual ou coletivamente, mas também, prioritariamente ofereça serviços profissionais de promoção à saúde, prevenção às doenças e compromisso com a busca da melhoria das condições de vida. Para tanto, os profissionais precisam estar capacitados para identificar as causas sociais mais amplas que determinam os problemas de vida e saúde dos grupos e inseri-los e relacioná-los nas organizações sociais em âmbito local, regional e nacional da produção dos serviços de saúde.

A Enfermagem existe para interferir, positivamente, na qualidade de vida dos indivíduos e dos grupos. Por essa razão, suas ações e serviços precisam estar voltados às necessidades dos indivíduos e da coletividade, mediadas pelo setor sanitário e por setores sociais, políticos e econômicos.

Trata-se, portanto, de uma profissão em construção permanente de ações que devem ser realizadas em co-participação entre pessoas da comunidade e prestadores de serviços, que procurem:

- Tomar consciência que saúde é um recurso positivo em suas vidas;
- Buscar acesso a bens e serviços que garantam saúde nessa concepção;
- Identificar e modificar fatores que condicionam ou determinam problemas;
- Reconhecer as pessoas como a principal fonte de sua saúde;
- Identificar as necessidades de aprendizado de saúde, de educação e de trabalho, para poderem buscar a melhoria da qualidade de vida e participar ativamente do processo co-participativo.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

*(...) “O trabalhador social que atua numa realidade, a qual, mudando, permanece para mudar novamente, precisa saber que, como homem, somente pode entender ou explicar a si mesmo como um ser em relação com esta realidade; que seu quefazer nesta realidade se dá com outros homens (...) como homem tem que fazer sua opção. Ou adere a mudança, que ocorre no sentido da verdadeira humanização do homem, de seu ser mais, ou fica a favor da permanência.”*

Paulo Freire, 1998b, p. 48-49

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 Caminho metodológico

Apresento, aqui, a metodologia desse estudo baseado nas idéias do referencial teórico-prático de Paulo Freire, imbuído da abordagem qualitativa da produção do conhecimento e direcionado por uma perspectiva crítica, problematizadora e conscientizadora. O estudo foi realizado por mim e por um grupo de enfermeiros trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santa Maria sob a forma de processo participativo, educativo e de pesquisa.

Pretendia - com essa experiência de participação ativa dos sujeitos enfermeiros, tanto pesquisados quanto pesquisador -, uma apropriação coletiva do saber existente e uma produção de conhecimentos, integradas num mesmo processo. (Freire, 1999)

O desafio, aqui colocado, foi o de trabalhar com a simultaneidade entre a geração e a coleta dos dados, a análise reflexiva desses dados, a tomada de decisões a partir do analisado e o desencadeamento de ações práticas que nos conduzissem à mudança das ações e dos serviços da Enfermagem nas UBS. Ao buscar essa mudança, tinha como objetivo tentar diminuir a diferença entre o que hoje é oferecido em prestação de serviços e o que as pessoas usuárias realmente necessitam, para melhorar suas condições de vida e saúde.

Unidos, também, pela mesma preocupação e vontade de diálogo, tentamos compartilhar experiências, competências e recursos individuais, no sentido de desenvolver

o interesse e a reflexão de modo a trilhar um caminho diferente daquele tradicionalmente percorrido pelos profissionais de saúde em geral.

Assim, o foco desse processo é o trabalho da Enfermagem tomado como um recorte do trabalho em saúde, com a finalidade de descortinar possibilidades viabilizadoras que, efetivamente, contribuíssem para a sua (re)criação de modo a valorizar a vida, o meio ambiente e a atender às necessidades de saúde das pessoas usuárias.

Esse trabalho exigiu o trilhar de um caminho permeado por espaços de reflexão e de diálogo constante entre os sujeitos do grupo, sobre suas percepções, expectativas e experiências individuais e coletivas e, mais, o intercâmbio de conhecimentos teóricos e práticos, para se conhecer, de fato, a realidade concreta de vida e de trabalho dos envolvidos. Nessa perspectiva, à medida que íamos desvelando a razão de ser dos problemas, percebíamos que esses eram “problemas dando-se” (Freire, 1999, p. 30), por isso, podiam ser mudados, transformados e reinventados.

Optei pela recriação das idéias e da metodologia de Freire por entender que - através da participação ativa dos sujeitos na exposição e na análise crítica reflexiva grupal de dados, sobre sua realidade de vida e trabalho -, haveria possibilidade de produzir e tornar coletivo os conhecimentos para intervir nas ações e nos serviços desenvolvidos pela Enfermagem nas UBS.

A metodologia empregada se baseou em um trabalho de grupo denominado “círculo de cultura” no qual, através da “problematização”, levantou-se “situações-problema”, e as respectivas “codificação e decodificação”, visando a atingir a “conscientização da realidade concreta” vivida por esses enfermeiros no seu cotidiano de trabalho (Freire, 1998a). Essa metodologia é vista como um instrumento para analisar, criticamente, a dinâmica do trabalho da Enfermagem nas UBS e buscar estratégias para contribuir com mudanças nesse espaço, no trabalho em saúde como um todo e na sociedade em geral.

Conforme Thiollent (1985, p. 83), esse estudo, por constituir-se de um processo de educação e de pesquisa “centrado no agir” dos sujeitos do grupo e na relação entre investigação e ação dentro da sua realidade de trabalho, identifica-se como “pesquisa-ação”.

Nesse trabalho, não houve programas, temas e conteúdos, prontos ou detalhados, previamente estabelecidos para serem simplesmente repassados. Contudo, havia um eixo definido, fornecendo as diretrizes para o desenrolar do trabalho, que se originou do marco teórico. Além deste, contribuíram sobremaneira as especificidades das situações-problema que desafiavam os sujeitos, suas capacidades e seus poderes orientadores para as intervenções possíveis no momento e, ainda, minha contribuição como “animadora” (Freire, 1998a). Tudo isso constituiu o ponto de partida e a matéria prima desse processo educativo e investigatório, cujo ponto de chegada almejado era a descoberta de possibilidades para a recriação do trabalho da Enfermagem nas UBS e, também, a descoberta de estratégias para sua viabilização. Entendia que a não adoção de uma metodologia delimitada por conteúdos e regras muito precisas “poderia parecer um não-método” e que teria que arcar com todos os riscos dos percalços (Gadotti, 1995, p. 59). Contudo, compreendia, também, que ao construir uma prática por um caminho, em que a tarefa principal seria pensar criticamente o trabalho da Enfermagem, poderíamos ser (eu e os enfermeiros) autores e construtores autônomos e participativos na busca de novas possibilidades de realização desse trabalho. Nesse caminho, cujas regras foram “feitas caminhando”, a vida e o trabalho real dos sujeitos enfermeiros e a percepção disso foram o próprio conteúdo (Freire, 1998a; Gadotti, 1995).

Como pesquisadora e animadora, procurei adotar uma postura de observadora crítica e de participante ativa, colocando as ferramentas do método e minha experiência pessoal e profissional a serviço do grupo com o qual eu estava comprometida.

O diálogo e a participação dos componentes do grupo foram as diretrizes fundamentais que permearam todo o desenvolvimento desse trabalho. A relação dialógica horizontal e participativa, na qual todos ensinam e aprendem, favoreceu uma troca permanente de conhecimentos da realidade que foi problematizada. Para Gadotti (1991, p. 46), citando Freire, “o diálogo é o momento em que os homens se encontram para transformar a realidade e progredir”.

Nessa perspectiva, procuramos valorizar o diálogo entre os sujeitos do círculo de cultura como forma de expressão de suas experiências profissionais e a observação grupal da própria realidade. Nesses diálogos, por vezes tensos, empreendemos uma busca no



sentido de apreender a realidade concreta de trabalho e construir alternativas de intervenção para diminuir a distância entre o que, hoje, é oferecido nas UBS e o que a população usuária espera e necessita.

É preciso lembrar que as finalidades desse trabalho foram definidas e delineadas a partir da intenção do grupo de enfermeiros de buscar formas de enfrentar as situações-problema, por eles vividas, na realidade de trabalho e buscar maneiras de transformar essas situações. Conforme Freire (1998a), esse processo deve partir do que é inerente à vida real. Assim, nesse estudo, partimos da realidade da vida e do trabalho dos sujeitos enfermeiros, sobretudo do que é entendido como trabalho do enfermeiro e da Enfermagem nas UBS. Para tanto, foi preciso tomar, como ponto de partida, o conhecimento da realidade concreta desse trabalho, isto é, visualizar as relações existentes entre os profissionais da equipe e as destes com a clientela, com a administração da SMSMA e com a sociedade em geral. Tentei visualizar o trabalho em saúde/Enfermagem como um todo indivisível, em que as situações-problema fossem encaradas não como fatos já dados ou estáticos, mas como um processo dinâmico passível de transformação através de conhecimentos construídos e apreendidos pelos sujeitos.

A análise crítica persistente sobre as ações desse trabalho e a tentativa de uma busca organizada de respostas às essas inquietações, suscitaram nos enfermeiros participantes do círculo inúmeras e sucessivas interrogações. Tais interrogações, nesse processo, denominadas situações-problema correspondem ao que Freire (1998a) denomina temas geradores. Estes, além de refletir o conjunto de aspirações, reivindicações, inquietações e sonhos de um grupo de pessoas, devem, também, organizar e conduzir o processo de construção do conhecer e do agir político.

Na fase de levantamento de temas geradores, foram feitos questionamentos referentes a conteúdos ligados às condições existenciais, à visão cultural e às crenças dos sujeitos envolvidos, procurando selecionar questões em função do significado social para o grupo. Para Freire (1980, p. 98), “buscar o tema gerador é investigar o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade que é sua práxis”.

Realizou-se, então, o levantamento dos conhecimentos e das experiências que os enfermeiros, sujeitos do círculo de cultura, individualmente, possuíam sobre o trabalho da

Enfermagem nas UBS. Tais colocações serviram de base para o início das reflexões coletivas e sistemáticas de análise crítica, mediadas sempre pela realidade pessoal e pela de trabalho que se desejava clarificar e transformar. A busca das situações-problema foi desencadeada a partir dos questionamentos:

- Qual é o trabalho da enfermeira nas UBS;
- Qual é o trabalho da Enfermagem nas UBS;
- Como se desenvolve o trabalho da Enfermagem nas UBS;
- Como as enfermeiras do círculo de cultura percebem o trabalho da Enfermagem nas UBS;
- Para quem se destina esse trabalho;
- Qual é a finalidade do trabalho da Enfermagem nas UBS;
- O que poderá vir a ser o trabalho da enfermeira e da Enfermagem nas UBS.

Nessa etapa, o trabalho, realizado pela enfermeira de forma isolada em cada UBS, foi apreendido coletivamente, pelo grupo, e transformado em objeto de análise. Esse “diálogo problematizador” Freire (1998a), amparado por estudos de textos referentes ao marco conceitual e à metodologia adotada, permitiu a troca de informações, de conhecimentos e de idéias e conduziu a análise inicial de aspectos das experiências individuais de trabalho. Nessa fase, a intenção foi fazer com que o grupo de enfermeiros, ao apropriar-se de novos conhecimentos, levantados nesse processo, procurasse entender as condições que explicam sua realidade de trabalho.

Essa etapa de reflexão mostrou-se como caminho, não só para apreender as situações-problema do trabalho, mas também para o esclarecimento e delineamento de estratégias de intervenção a fim de superar essas situações.

A segunda etapa desse método é a de codificação, que é a representação de uma situação vivida pelo grupo em seu trabalho diário. De acordo com Freire (1998a, p. 97), a codificação de uma situação existencial é “a representação desta com alguns de seus elementos constitutivos.” No entender de Mizukami (1986, p. 100), a codificação “representa uma dimensão da realidade e implica análises realizadas num contexto

diferente do qual eles vivem”. A codificação representou, então, a apreensão abstrata bem como a percepção dos sujeitos enfermeiros sobre o seu trabalho, que é visto com um recorte do trabalho em saúde.

A codificação é seguida pela etapa da descodificação, que, segundo Freire (1998a, p. 97), é “a análise crítica da situação codificada.” Pude compreender a descodificação como uma operação pela qual os sujeitos, após apreenderem a situação problema, passam a reconhecer as relações existentes entre a situação originária e os fatos como se apresentam.

Descodificar é descrever uma dada situação problema, através do pensar e do analisar críticos do grupo. Há momentos em que se torna indispensável a busca da abstração. A descodificação consiste em realizar movimentos de ida e volta do abstrato ao concreto, das partes ao todo e do todo às partes. Segundo Freire (1996, p. 97), a busca da abstração “implica no reconhecimento do sujeito no objeto (a situação existencial concreta) e do objeto como situação em que está o sujeito.”

Codificar e descodificar permite problematizar as coerências e/ou incoerências existentes entre o nosso pensamento, crenças, discurso e prática concreta, realizada no cotidiano, junto à equipe e à clientela. Essas reflexões nos conduzem à descoberta de sucessivas lacunas no conhecimento, aos limites de aproximação entre teoria e prática, às incoerências entre formação profissional e trabalho. O reconhecimento desses desafios, por sua vez, nos conduz às alternativas para superá-los.

Na fase de descodificação das situações-problema dessa realidade específica, busquei visualizar alguns elementos para entender a intrincada rede de relações concretas existentes entre os profissionais da equipe de saúde, destes com a clientela usuária e, ainda, destes com a instituição na qual estão inseridos e com outras instituições.

A fase de descodificação, nesse processo, representou, mesmo que tenha sido de forma insipiente, a tentativa de olhar o trabalho da Enfermagem, inserido no trabalho em saúde, como um todo indivisível dentro de uma estrutura local, regional e nacional de oferta de serviços de atenção à saúde/doença, que permeiam na estrutura global da sociedade, na qual influenciemos e somos influenciados.

A construção desse processo coletivo de educação e de pesquisa, como venho explicitando, exigiu uma interligação permanente entre os sujeitos enfermeiros e o conhecimento real do objeto de intervenção que é o trabalho da Enfermagem na UBS. Assim, seu começo, meio e fim são elos interligados em constante tensão que, em um dado momento, fazem surgir as possibilidades de intervenção sobre a realidade objetiva desse trabalho.

Delimito, a seguir o caminho metodológico, articulando o contexto real do estudo, a formação do círculo de cultura e a caracterização dos sujeitos e, também, a dinâmica de construção do processo participativo de educação e pesquisa.

### 3.2 Contexto do estudo

Ao falar das circunstâncias que me conduziram à escolha do município de Santa Maria como contexto desse estudo, remonto-me ao fato de que, quando da realização de meus estudos profissionalizantes em Enfermagem, encontrei tal acolhida dessa comunidade que, aqui, me estabeleci e construí minha carreira profissional e minha vida familiar. Estando, desde então, inserida nessa comunidade, sinto-me imbuída do dever de contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde das pessoas que aqui se encontram.

Julguei relevante mencionar, mesmo que sucintamente, características gerais do município, dados demográficos, sócio-econômicos, epidemiológicos, além da capacidade instalada dos serviços de saúde. Essa descrição tem por objetivo lançar um olhar sobre como nascem, vivem, trabalham, adoecem, morrem, cuidam-se e são cuidadas as pessoas de Santa Maria. Outro objetivo é verificar a existência de nexos entre a situação de vida e saúde dos usuários dos serviços e o nosso conhecimento profissional e a nossa competência política para programar e construir ações e serviços nas UBS. Acredito, como afirma Demo (1995, p. 116), ser imprescindível “olhar para esses dados e aprender a pensar sobre eles como fatos intrínsecos da vida das pessoas” tanto usuários, quanto trabalhadores. Paraphraseando o mesmo autor, não se admite mais a idéia de que as ações e os serviços em saúde sejam programados e desenvolvidos de forma “alienada”, ante as exigências da vida dos usuários, dando a impressão de que aquilo que acontece fora dos

serviços de saúde é completamente diferente, sendo estes apenas um parênteses na vida, tanto dos profissionais como dos usuários.

O município de Santa Maria localiza-se no centro do Estado do Rio Grande do Sul, possuindo uma área total de 1825 Km<sup>2</sup> e, aproximadamente, 226.063 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 1997). Na zona rural, vivem em torno de 15 mil pessoas, representando 6% da população do município. A superfície agrícola é de 1653 Km<sup>2</sup>, caracterizada por regiões de minifúndios junto à Serra Geral e áreas de pecuária e agricultura em propriedades maiores, tanto na serra quanto na região de depressão.

A cidade de Santa Maria possui cerca de 212 mil habitantes com uma densidade demográfica urbana de 1770,14 hab./km<sup>2</sup>. Os serviços públicos, a Universidade Federal de Santa Maria, as unidades militares (segundo maior contingente do país), as instituições particulares de ensino (como o Centro Universitário Franciscano, Faculdades Metodistas e grande número de escolas de ensino fundamental e médio), o comércio intenso e diversificado e, ainda, o setor de saúde, que é referência regional para especialidades e atendimento hospitalar são os responsáveis por mais de 80% dos postos de trabalho. Por isso é considerada centro prestador de serviços comerciais, educacionais, médico-hospitalares, e nó rodoviário e militar. Monteiro (1999) refere que o Sistema Nacional de Empregos (SINE) não dispõe de dados sobre a taxa de desemprego no município.

Na área central, localizam-se as melhores edificações, onde funcionam o comércio e firmas prestadoras de serviços. Na periferia, ocorrem núcleos populacionais desordenados que se formam pela ocupação irregular das encostas dos morros e das margens das vias hídricas, como resultado do êxodo rural, desemprego e migrações de outros municípios. Esses núcleos crescem desordenadamente, constituindo uma população que enfrenta a privação de condições mínimas de infra-estrutura básica, como água potável, esgoto cloacal, segurança, vias de acesso, escolas e serviços de saúde. Esses problemas extrapolam a realidade das pessoas que ali vivem e, devido às suas repercussões no contexto social do município, exigem soluções que, necessariamente, devem emanar de ações múltiplas da coletividade municipal, sobretudo no que diz respeito a ações e serviços de atenção à saúde.

Segundo o projeto do Plano Municipal de Saúde de Santa Maria 2000, os problemas ambientais de Santa Maria são, em geral, os mesmos que caracterizam a quase totalidade das cidades brasileiras de porte médio, resultantes de seu crescimento desordenado, sem o devido respeito às regras que regem o equilíbrio ambiental. A questão mais séria e conhecida é a que envolve a Bacia do Arroio Cadena, cujo alto grau de degradação, ocasionada pelo desmatamento e pela deposição de dejetos cloacais, aflige expressiva parcela de nossa população.

Outras formas de agressão ao meio ambiente e à população persistem entre nós como o destino do lixo acumulado nas ruas, nas vias hídricas e no depósito municipal de lixo (Lixão da Caturrita). Além disso, há o problema do lixo tóxico ou contaminado proveniente dos estabelecimentos de saúde e do setor agrícola (agrotóxicos), os quais, em sua maior parte, não recebem o tratamento devido. Todos esses problemas, somados a uma diversidade de outros, resultam em má qualidade de vida e se constituem em causas diretas e indiretas de problemas de saúde da população.

Dados do IBGE, de 1996, relativos ao nível de renda de 63.299 chefes de domicílio, apontam que 75,76% desses recebem de 1/4 a 3 salários mínimos. Esse dado revela o baixo poder aquisitivo dessas famílias, com dificuldades para atender as necessidades básicas de alimentação, moradia, vestuário, educação, etc.

Não foi possível obter dados sobre o grau de escolaridade, taxa de analfabetismo e evasão escolar na faixa etária de 7 a 14 anos, junto à 8ª Delegacia de Educação do Estado e à Secretaria Municipal de Educação.

Conforme o Censo do Estado Nutricional de Crianças de 0 a 60 meses de idade, atendidas pelas unidades sanitárias da rede municipal e estadual de saúde, pelo Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e pela Pastoral da Saúde, no período de setembro a dezembro de 1994, a prevalência média de subnutrição foi de 16,24%. Nesse censo, evidenciou-se uma distribuição irregular nas diferentes unidades sanitárias, haja vista que na da Vila Lídia, a prevalência foi de 32,43%, na de Santa Marta, 30,88% e na Unidade Oneide de Carvalho, 28,30%; todos índices elevados de subnutrição, equiparáveis aos das regiões mais pobres do planeta, em vilas onde estão localizados núcleos de assentamentos irregulares. Cabe salientar que esses dados, provavelmente, estão relacionados às

características sociais e ambientais dos moradores dessas vilas (Plano Municipal de Saúde 2000).

Farenzena (1999), ao estudar o perfil epidemiológico do município, concluiu que o coeficiente de mortalidade infantil variou de 0 a 44,4 por 1.000 NV, no período. Esse estudo evidenciou sobretudo que há grande desigualdade nesse coeficiente entre as diferentes regiões da cidade, pois naquelas habitadas por populações de baixo poder aquisitivo como a noroeste e a nordeste ele é significativamente maior. Ao comparar seu atual estudo com outro de iguais características, realizado há dez anos, o mesmo autor verificou que a distribuição desigual do risco de morte infantil permaneceu inalterada nesse período, o que o levou a concluir que o risco de adoecer e morrer dessas populações não se modificou, apesar do passar do tempo e do avanço das condições materiais da existência humana.

Esse estudo constata, ainda:

- Risco de óbito por doenças infecciosas alto, 24/100.000 habitantes, o triplo do que se observa em países desenvolvidos;

- Aproximadamente 20% da mortalidade, em menores de um ano, constituíram-se de óbitos devidos a doenças infecciosas e parasitárias ou doenças respiratórias, o que demonstra que os aspectos ambientais influenciam no perfil de mortalidade;

- Percentual elevado de gestantes adolescentes, 18,9%.

O estudo aponta para o fato de habitarem, nesse espaço geográfico, populações com distintos padrões de vida e de saúde, por isso exigem ações diferenciadas de promoção à vida e vigilância à saúde.

Diante disso, destaca-se a necessidade de realização de ações e de serviços da Enfermagem nas UBS, compatíveis com as necessidades e comprometidos com a busca de melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Este estudo foi desenvolvido numa instituição pública de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SMSMA) de Santa Maria. O município está habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, segundo a norma operacional básica (NOB) do Ministério da Saúde de 01/96, desde 1997, integrando-se ao Sistema Único de Saúde

(SUS), no Estado e no País. A partir daí, a SMSMA, em conjunto com demais unidades de saúde estaduais e federais, passa a ser responsável imediata tanto pelo atendimento às necessidades e às demandas de saúde das pessoas, como pelas exigências de intervenções saneadoras em seu território. Isso quer dizer que o papel da SMSMA está diretamente relacionado à organização e à execução de ações, de modo a garantir a todos os munícipes o acesso e a disponibilidade dos serviços para o atendimento integral em nível de atenção básica. Essas ações, de acordo com as diretrizes do SUS, devem estar voltadas à pessoa inserida no seu meio ambiente com enfoque preventivo e coletivo, através da vigilância epidemiológica e sanitária, ações educativas e, também, cuidados aos doentes com problemas de baixa complexidade.

Tendo como referência os propósitos do SUS, a operacionalização desse papel constitui-se num mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de assistência. O modelo de assistência almejado centra-se na atenção à qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação compromissada da equipe de saúde com as famílias e a comunidade, conduzindo à melhoria nos comportamentos interpessoais e impulsionando mudanças nos serviços, intersetoriais e globais.

Na prática, o que se pode verificar, mesmo de forma empírica - mas confirmada por relatório das Comissões de Fiscalização e nas deliberações das reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde e no Plano Municipal de Saúde 2000 -, via de regra, é que o modelo de atenção concentra-se, ainda, na relação individualizada com ações curativas, fragmentadas e de baixa resolutividade, sendo a consulta médica considerada o centro da assistência realizada nesses serviços. Esta constatação é reforçada pelo percentual de médicos, entre os profissionais de saúde aí atuantes, que ultrapassa os 45%. Quanto à baixa resolutividade, serve de indicativo o dado de que 57,66% das consultas médicas, realizadas na rede pública do município em 1999, ocorreram nos serviços de pronto atendimento.

Conforme estudo de Stein (1998), o percentual de atendimento nos PAs deve permanecer em torno de 15%. Consoante com isso, Campos (2000) afirma que 85% dos problemas de saúde da população podem e devem ser resolvidos na rede de atenção básica à saúde.



As ações dos demais profissionais assumem um caráter de complementaridade no sentido de viabilizar o trabalho médico. Essas estão, em geral, direcionadas a atividades educativas individuais e ou em grupos, voltadas ao controle e ao acompanhamento sistemático de doentes crônicos (diabéticos, hipertensos e outros), ao planejamento familiar, ao crescimento e desenvolvimento infantil e à suplementação alimentar.

No que diz respeito ao trabalho do enfermeiro, é interessante observar que, com frequência, este necessita ocupar-se com ações burocráticas, para complementar as tarefas das pessoas encarregadas do gerenciamento, em prejuízo da realização de ações de sua competência profissional, que contribuem significativamente para o alcance de maior resolutividade dos serviços oferecidos.

A diretriz de planejamento dessas ações é a demanda espontânea da população que procura as UBS para o tratamento de seus males físicos. Dados epidemiológicos pouco são utilizados para a definição de ações e identificação de grupos vulneráveis, também não é comum a abertura de espaços à participação comunitária, para que esta aponte suas necessidades e prioridades. A atenção converge para atividades consideradas imediatas, sem considerar os seus nexos causais.

Os dados disponíveis na Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (1999), quanto às ações de saúde no município, referem-se às consultas médicas nas clínicas básicas e especializadas, na odontologia, no atendimento de urgência/emergência e nas internações hospitalares. Os atendimentos de Enfermagem referem-se a procedimentos curativos, nebulizações, vacinas, dentre outros. Esses dados confirmam a visão de que a oferta dos serviços públicos de saúde no município está centrada eminentemente na doença, tendo enfoque curativo, especialista e individual.

O único documento escrito - norteador das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde das UBS -, é o Regimento da Coordenação da Enfermagem, recém aprovado em julho do corrente ano, por isso, na maioria das vezes, o trabalho tem sido desenvolvido de acordo com o enfoque de cada profissional, sem contemplar o trabalho em equipe.

Embora existam iniciativas no sentido de programar os serviços de saúde de acordo com os pressupostos da regionalização e da hierarquização do SUS, verifica-se, ainda, algumas resistências em diferentes setores que têm impedido a plena organização e

inserção da rede nesse sistema. A exemplo disso, cita-se o sistema de referência e contra-referência que, apesar dos grandes esforços no sentido da implantação, ainda não passa de encaminhamentos médicos das UBS para especialidades ou hospitais.

Considerando os critério de regionalização e complexidade dos serviços, foram estabelecidas, pelo Conselho Municipal de Saúde, 21 regiões sanitárias distribuídas 13 na área urbana e 8 na área rural. Atualmente, nessas regiões encontram-se 24 unidades básicas de saúde, 3 unidades de pronto atendimento, 2 unidades de serviços especializados e complementares, 4 hospitais e, ainda, o serviço de vigilância à saúde e a coordenadoria do meio ambiente.

O corpo funcional conta com 647 funcionários, distribuídos entre profissionais da área da saúde, administrativos e de apoio. A área de saúde é composta por 45,53% de médicos; 27,44% auxiliares de Enfermagem, agentes de assistência e outros; 12,34% de enfermeiros; 7,4% de odontólogos e 7,25% de psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos. Esses dados evidenciam, claramente, que o modelo de saúde está centrado na figura do profissional médico. A desproporção numérica entre as categorias profissionais, na prática, inviabiliza o trabalho em equipe e dificulta muito a assistência interdisciplinar e a operacionalização do conceito de saúde preconizadas pelo SUS.

Com o intuito de estimular os participantes a assumir o papel de sujeitos construtores cooparticipantes, ao longo de todo o processo de educação e de pesquisa, foi aplicado um questionário (anexo 5), com vista a levantar dados do cenário das UBS, sob a óptica daqueles profissionais nele inseridos. Seguem-se os resultados, obtidos a partir do olhar reflexivo compreensivo desses sujeitos, sobre o trabalho por eles realizado:

- O objetivo do trabalho desenvolvido nas UBS é, basicamente, atender a demanda espontânea da população que procura essas unidades em busca de tratamento para suas doenças físicas;

- O modelo de assistência é, predominantemente, centrado na atenção médica individual, curativo, especializado e fragmentado;

- As atividades educativas estão centradas em ações e orientações a indivíduos com doenças crônicas e grupos de gestantes, puérperas e de vacinação; além desses, são desenvolvidos, por enfermeira, o programa de carências nutricionais e o programa do leite (Piá 2000);

- Não há delimitação de áreas de abrangência nas UBS, como também não há cadastro sanitário em nenhuma delas;

- O planejamento das ações realizadas nas UBS restringe-se à marcação de consultas médicas, odontológicas e às atividades de grupos;

- Na maioria das UBS, a participação popular apresenta-se, ainda, de forma muito tímida ou é quase inexistente;

- Em todas as UBS, há demanda reprimida às consultas médicas e odontológicas. Essa repressão é, na opinião das respondentes, gerada por falta de planejamento conjunto das ações de saúde que poderiam ser prestadas pela equipe multidisciplinar existente.

- Há falta (numérica) de profissionais comprometidos e motivados e há falta de uma filosofia de trabalho na instituição;

- Os profissionais que compõem a equipe de saúde nas UBS são médicos: clínicos gerais, pediatras, ginecologistas; odontólogos; enfermeiros; auxiliares de Enfermagem; recepcionistas e agentes administrativos. Há uma carência de profissionais da área administrativa para atendimento na farmácia, na recepção e nas atividades burocráticas. Além da carência numérica, foi citado, também, o despreparo da maioria desses profissionais para exercerem tais funções. A carência desses profissionais repercute diretamente no trabalho da enfermeira que, ao tentar resolver essas questões imediatas do serviço, acaba deixando de exercer as funções inerentes a seu cargo, repercutindo negativamente no andamento do serviço da Enfermagem;

- Em duas UBS, são desenvolvidos projetos que buscam o redirecionamento das práticas do serviço de saúde. Essas práticas estão voltadas ao princípio da universalidade, ao atendimento integral e à participação da comunidade. Esses projetos pontuais são realizados por enfermeiros docentes e por alunos através de convênios com escolas de Enfermagem. Além desses, alguns profissionais da rede estão engajados nesses projetos.

São projetos inovadores que surgem nas UBS desse município, os quais prevêem a integralidade do cuidado e a vigilância à saúde. Tais projetos têm esbarrado em inúmeras dificuldades especialmente naquelas relacionadas à estrutura organizacional das UBS, na falta numérica de recursos humanos em determinadas áreas e, também, na falta de preparo e disposição à reorientação dos enfermeiros em suas práticas;

- Em algumas UBS, são realizados estágios na área de Enfermagem. O trabalho desenvolvido pelos professores e pelos alunos é visto como contributivo para melhorar a qualidade da assistência e para desenvolver ações rumo à reorientação no modelo de atendimento. O planejamento, o desenvolvimento e a avaliação das atividades acadêmicas são entendidos como responsabilidade restrita das instituições de ensino por meio de seus professores; todavia o enfermeiro, em determinados momentos, assume a co-responsabilidade pelo trabalho dos alunos.

- O enfermeiro da unidade deveria participar, em todos os momentos, da atividade acadêmica, porque é ele quem conhece a realidade do serviço, as carências e as demandas das pessoas usuárias. As atividades acadêmicas deveriam ser realizadas no decorrer de todo o ano e não apenas em períodos limitados ao calendário escolar.

### **3.3 A construção do círculo de cultura**

O termo “círculo de cultura”, utilizado por Freire, descreve a disposição espacial dos sujeitos construtores do processo que, como o próprio nome diz, posicionam-se em grupos circulares. Essa disposição, em que os sujeitos encontram-se em condições de igualdade entre si mesmos e com o “animador cultural”, favorece a relação dialógica horizontal propiciando a concretização de um trabalho de interesse comum.

Compreendendo que a concretização de um processo dessa natureza necessita do apoio por parte dos dirigentes da organização, apresentei a proposta do projeto, com seus objetivos e operacionalidade, à Secretária de Saúde do Município e à Coordenadora de Enfermagem.

Na entrevista realizada com a Secretária de Saúde do Município, expliquei a proposta do trabalho, solicitando através de ofício (anexo 1), autorização para sua realização. Nessa ocasião, evidenciei as possíveis contribuições desse processo de

educação e pesquisa para uma melhor qualidade do trabalho da Enfermagem em particular, bem como a atenção à saúde de um modo geral. Na ocasião, assegurei o anonimato dos sujeitos envolvidos e a confidencialidade dos dados relativos à instituição e assumi, também, o compromisso de repassar os resultados assim que fosse concluído o estudo. A Secretária acolheu a proposta, permitindo a realização da prática educativa com grupo de enfermeiras e reconhecendo que esse tipo de trabalho é bem-vindo por trazer benefícios à instituição.

O mesmo pedido de autorização foi formalizado à Coordenadora de Enfermagem (anexo 2) que, não só deferiu o requerimento, como também providenciou a sala para as reuniões e prontificou-se a atender eventuais necessidades. Nessa ocasião, solicitei um horário para apresentação do projeto a todas as enfermeiras em atuação na rede de atenção básica. Como não havia reunião marcada no tempo necessário para a realização da proposta, a Coordenadora sugeriu um encontro só para atender essa finalidade.

Previ, inicialmente, que o círculo de cultura seria constituído pelas enfermeiras em atuação nas UBS, no entanto, em diálogo com a Coordenadora de Enfermagem, recebi a sugestão de incluir, no círculo de cultura, também, as enfermeiras atuantes no Centro de Atendimento e Orientação a aids, no Serviço de Vigilância à Saúde e Controle Epidemiológico, na Sala de Vacinas e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Optei por aceitar essa sugestão, entendendo que a participação dessas enfermeiras possibilitaria uma melhor compreensão da realidade da Enfermagem nas UBS, visto que elas também exercem atividades diretas nesses locais de atendimento, tais como a supervisão de vacinas, acompanhamento dos agentes comunitários de saúde e algumas ações em programas. Essa reorientação resultou em ampliação do número de participantes.

A releitura da proposta me fez refletir, a partir de Freire (1998b, p. 8), sobre a necessidade de observar o movimento dinâmico entre pensamento, diálogo e realidade, “para nos tornarmos sujeitos críticos do processo de conhecer, de ensinar, de aprender”. Daí reforço minha visão da necessidade de estarmos sempre atentos para a integração entre os diversos momentos da produção de um trabalho, procurando conectar as fases do planejamento, execução e avaliação.

Convicta da importância do apoio do grupo, ainda na fase inicial de formação do círculo de cultura, visitei todas as enfermeiras das UBS e, também, dos demais serviços supracitados para sensibilizá-las a participar do estudo. Procurei, desde o início, através da relação dialógica, participar minha intenção de realizar um processo de educação e de pesquisa centrado nas questões do trabalho por elas executado. Assim o fiz com a intenção de estabelecer a confiança recíproca e obter a participação consciente e desejante delas e, ainda, as demais condições necessárias à plena operacionalidade do processo. Procurei esclarecer a intenção da proposta, que era a de conhecer coletivamente o que é, como é realizado e como poderia ser o trabalho da Enfermagem nas UBS, ressaltando que este seria realizado através de um processo a ser construído de um modo não convencional, com o qual nós, trabalhadores da Enfermagem, pouco estamos acostumados. Nessa ocasião, entreguei-lhes, também, uma carta a fim de formalizar o convite (anexo 3).

Assim, nessas oportunidades, explicitarei às enfermeiras os objetivos e a operacionalidade da proposta, evidenciando, também, as possíveis contribuições desse processo para a formação delas enquanto sujeitos/trabalhadores e para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem e, por consequência, da saúde da população. Informei, ainda, que os temas que seriam abordados, nesses encontros, partiriam das experiências de suas realidades, do cotidiano de trabalho, assim como de seus entendimentos sobre essa realidade. Percebi, com satisfação, que a proposta foi acolhida pela maioria das convidadas.

Desde o início da formação do círculo de cultura, adotei a diretriz de comprometimento, tanto meu quanto dos sujeitos enfermeiros, com a idéia da “co-intenção” apresentada por Freire (1998a, p. 56). Esta idéia defende a necessidade dos envolvidos considerarem-se sujeitos em todas as etapas do processo para poderem conseguir desvelar, criticamente, a realidade e desenvolver autonomia para recriar o conhecimento construído nessa prática.

A reunião de apresentação da proposta aconteceu no dia 16 de junho de 1999 e contou com a participação de 21 enfermeiros.

Nessa oportunidade, apresentei a proposta de **construção de um processo educativo e investigativo**, bem como seus objetivos e operacionalidade. Tentei esclarecer-

lhes que esse processo seria fruto de uma construção coletiva (do grupo a ser constituído). Seus participantes, atuando como sujeitos conhecedores de suas realidades e com possibilidades permanentes de produção de conhecimento, buscariam - através da problematização da realidade de seus trabalhos -, alternativas à transformação de sua prática profissional.

Apresentei a proposta através de uma explanação sucinta, na qual utilizei, como recurso didático, sete figuras sob a forma de transparências e cartazes.

Na figura 1, esquematicamente, representei a zona urbana e rural de Santa Maria, destacada do mapa do município, e este destacado do mapa do Estado Rio Grande do Sul, com o objetivo de localizar o espaço de abrangência do estudo e a situação geográfica das UBS. Discorri, sucintamente, sobre dados sócio-econômicos e epidemiológicos da população, por elas assistidas, demonstrei que há grande desproporção entre os contingentes populacionais da área urbana e rural, do centro e periferia, que há áreas de ocupação irregular; há, também, desproporção entre as condições de vida. Nesta figura, representei a situação geográfica das UBS, bem como os dados gerais da população, por elas, assistida, demonstrando, também, que há uma grande desproporção entre os contingentes populacionais das áreas urbana e rural. Teci, ainda, breves considerações sobre: a história, a cultura, as políticas sociais, a forma como estão organizados os serviços e como são desenvolvidas as ações relacionadas ao cuidado com a saúde/doença da população. Mesmo empiricamente sabe-se que há, no município, um número considerável de pessoas e grupos que, mesmo apresentando as maiores necessidades de vida e saúde, não são usuárias espontâneas das UBS. Assim, não se pode encarar como completamente eficiente o serviço de saúde/Enfermagem que se limita a atender tão somente a demanda espontânea das pessoas. É preciso que haja uma busca ativa do contingente populacional desassistido, tanto sob o ponto de vista de saúde, como das políticas sociais mais amplas. Refleti, chegando à conclusão que convivem, no município, populações com distintos padrões de vida e saúde que exigem planejamento e intervenções diferenciadas, isto é, de acordo com cada realidade específica. Em outras palavras, quero dizer que é preciso conhecer o modo como as pessoas produzem a vida no cotidiano, definindo o perfil sócio-econômico, para melhor compreender a realidade de saúde/doença, bem como as

conseqüentes necessidades de manutenção da saúde, prevenção das doenças e cuidado aos doentes. Mesmo que essa discussão careça de um maior aporte de dados objetivos e subjetivos (significado do modo de viver para as pessoas, famílias e grupos), configura-se como um ponto crucial para reflexões críticas dos profissionais de saúde, no sentido de identificar as diferenças no modo de viver das pessoas e as correspondentes necessidades geradas. Assim, espero que, com esse processo educativo, advenha a conscientização das possibilidades de intervenção, da equipe de saúde, em cada grupo específico, e das potencialidades da população para manter a saúde e diminuir os riscos de adoecimento.

Na figura 2, apresentei o marco conceitual, tentando relacioná-lo com considerações de outros autores, reflexões originadas de meus estudos, de minha prática pessoal e profissional, e, ainda, das informações e conhecimentos adquiridos no meu trabalho junto ao Conselho Municipal de Saúde. Procurei estimular a reflexão, com intuito de conscientizar o grupo, sobre a realidade da oferta de serviços e de ações em saúde/Enfermagem que está muito aquém das necessidades de vida e saúde dos cidadãos desse município. Não houve a intenção de responsabilizar os profissionais sobre as condições limitantes do trabalho em saúde e Enfermagem, mas mostrar que - para conhecer a realidade, analisá-la criticamente e poder intervir nessa realidade -, precisamos nos munir de conhecimentos e tecnologias que tomem, por base, os conhecimentos e as experiências prévias dos sujeitos envolvidos.

A metodologia proposta, nesse processo, apresenta a inversão da tradicional seqüência teoria/prática na construção do conhecimento e assume uma forma ativa através da ação-reflexão-ação. Isso pressupõe não só a utilização de metodologias ativas de ensinar, trabalhar, aprender, mas também o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação de referenciais teóricos disponíveis e pressupõe conhecimentos pessoais advindos da própria prática profissional.

Assim, entendo que esse processo educativo apresenta-se como uma possibilidade viabilizadora para qualificar o trabalho da saúde e Enfermagem. A partir disso, norteiei o processo educativo com a crença de que o saber construído, através da metodologia de Paulo Freire, seria um dos caminhos promissores para a qualificação dos trabalhadores da Enfermagem e, conseqüentemente, para a qualificação das ações e serviços dirigidos à



população. Nas figuras 3, 4, 5 e 6, detalhei a metodologia norteadora do processo, nos termos a seguir:

Esse círculo de cultura, que está se formando, será guiado por uma metodologia na qual não há etapas estanques; as etapas são apenas didáticas. Na prática, essas etapas ocorrem num constante ir e vir, misturando-se e alterando-se em função das necessidades, num contínuo fazer-pensar-fazer, que corresponde ao agir-refletir-agir de Freire (1996). O método, ora proposto, baseia-se fundamentalmente no diálogo horizontal e participativo. Essas relações dialógicas precisam ser entendidas como uma possibilidade permanente de troca de conhecimentos. Essa troca de conhecimentos, entre sujeitos, ocorre quando todos podem ensinar e todos podem aprender. A construção desse processo educativo parte, inicialmente, da tomada de consciência de si próprio como pessoa enfermeira, de sua forma de pensar e atuar como profissional, considerando a si mesmo e as necessidades da clientela para a qual seu trabalho se dirige. Os enfermeiros como sujeitos desse processo, em diálogo problematizador permanente sobre o trabalho deles e da Enfermagem nas UBS, teriam a possibilidade de construir um processo de conhecimento que servisse como instrumento de intervenção na realidade. Este é um dos momentos de reflexão sobre o que fazemos, para quem fazemos, como podemos fazer e como definir estratégias para reorientar a realidade de trabalho nas UBS.

Como já foi mencionado, o objeto de trabalho da Enfermagem é o indivíduo, sua família e seu grupo social. Reafirmo a necessidade de que os profissionais de saúde/Enfermagem conheçam, de fato, como as pessoas conduzem sua vida no cotidiano. Esse é o objetivo do processo educativo em questão.

E, finalmente, apresentando a figura 7, expus a operacionalidade. Ao término dessa apresentação, espontaneamente, as enfermeiras foram manifestando interesse em participar do processo proposto.

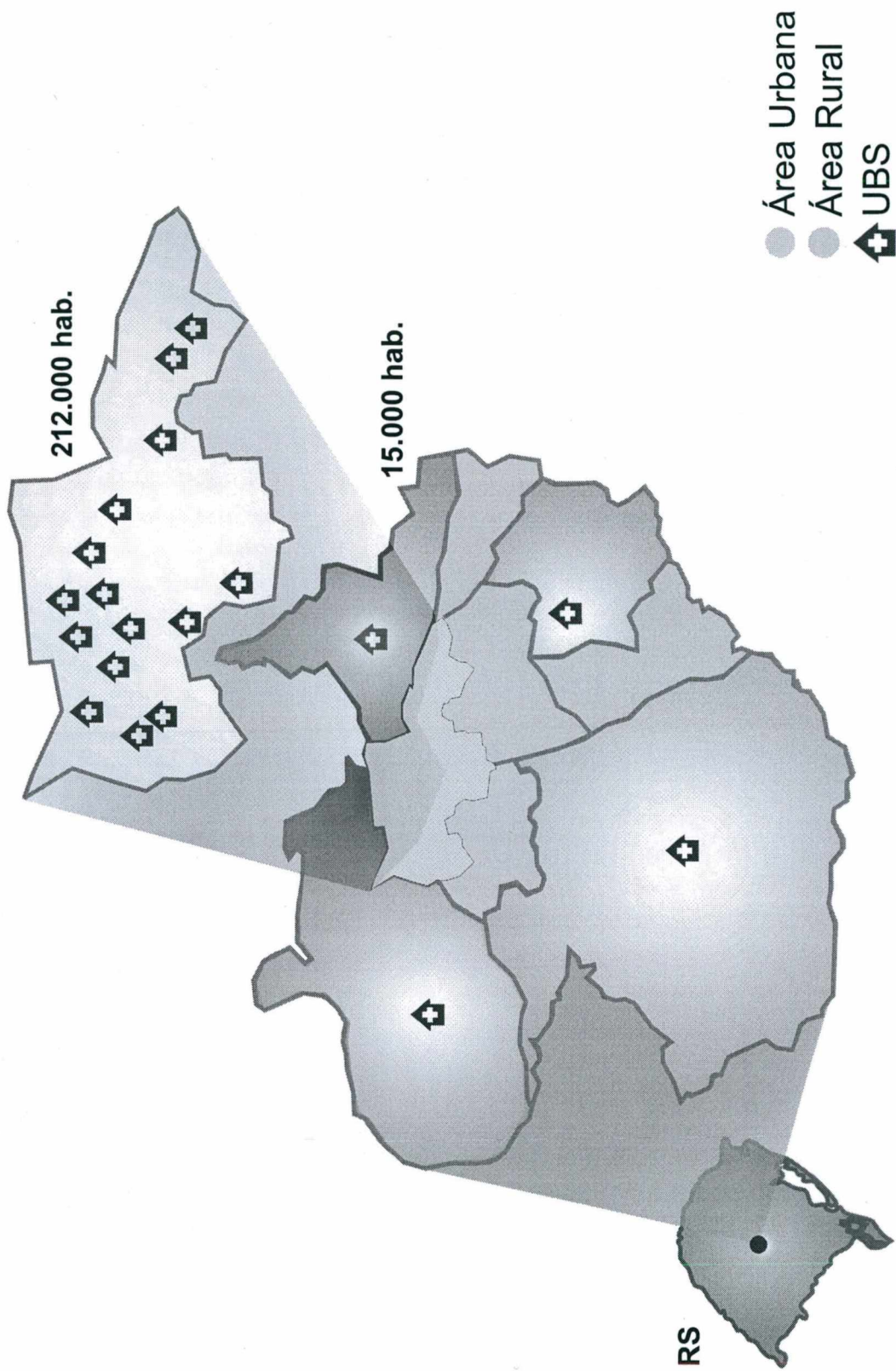
O círculo de cultura foi formado por dezesseis (16) sujeitos enfermeiros, sendo treze (13) com atuação nas UBS, dois (2) no Programa dos Agentes Comunitários, um (1) atuante na Coordenação de Saúde Coletiva e, também, por mim, mestranda, que desempenhei o papel de “animadora”. Esses sujeitos enfermeiros são todos do sexo feminino, com idade entre trinta (30) e cinquenta e um (51) anos. O término de conclusão

do curso superior deles varia entre cinco (5) e vinte e seis (26) anos. Dentre eles, dois (2) possuem Curso de Especialista em Saúde Coletiva, dois (2) são especialistas em Administração Hospitalar, um (1) possui o Curso de Mestrado em Educação e onze (11) possuem apenas o Curso de Graduação em Enfermagem.

Todos os participantes do círculo de cultura, após terem sido devidamente informados sobre os objetivos, justificativa e metodologia a serem desenvolvidos no processo, firmaram um termo de consentimento esclarecido (anexo 4).

# Contexto do Estudo - Município de Santa Maria - RS

Figura 1



# Marco Conceitual

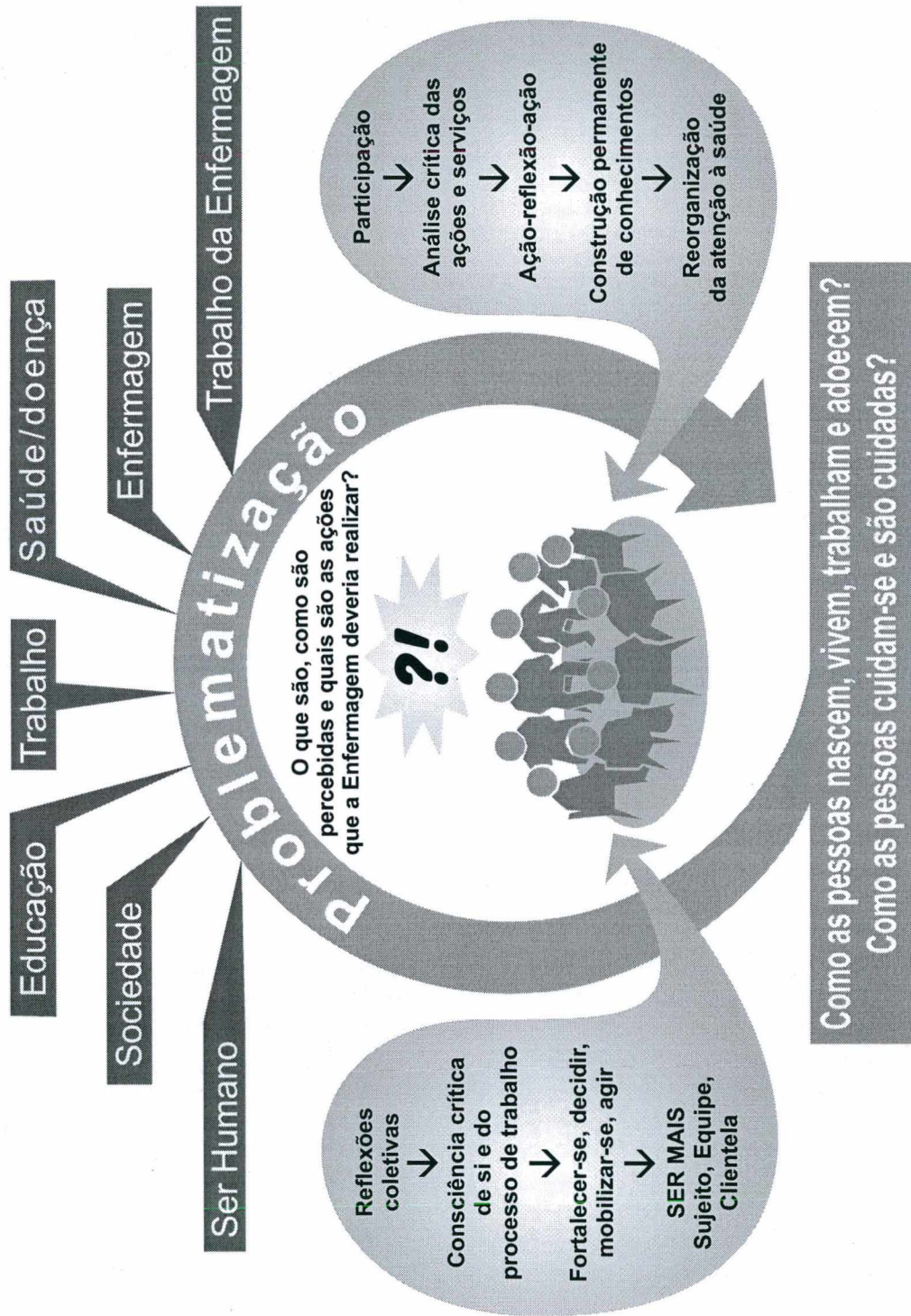


Figura 2

# Método de Paulo Freire

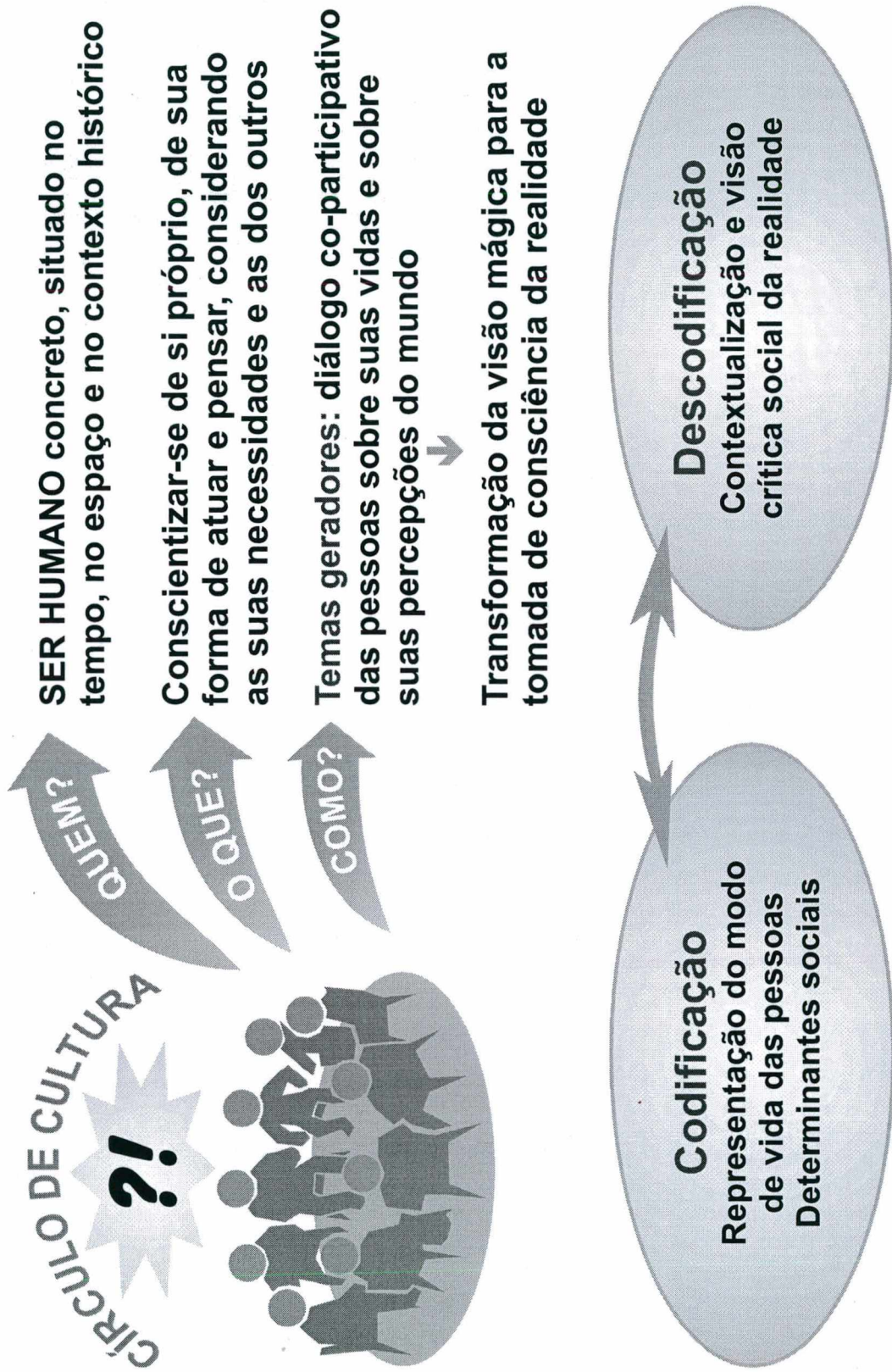


Figura 3

# Método de Paulo Freire

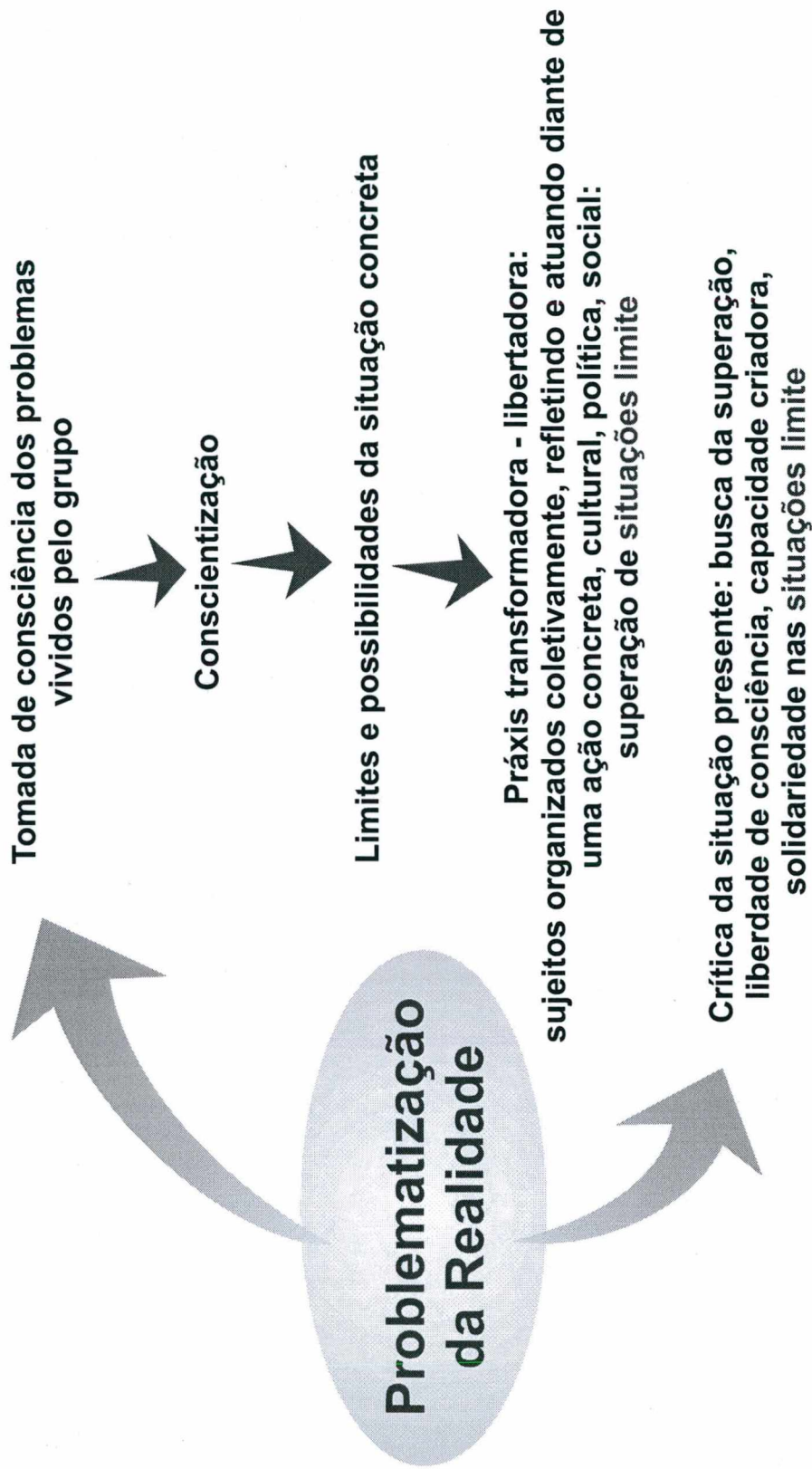


Figura 4

# O Trabalho da Enfermagem nas UBS: Ponto de Partida e Ponto de Chegada

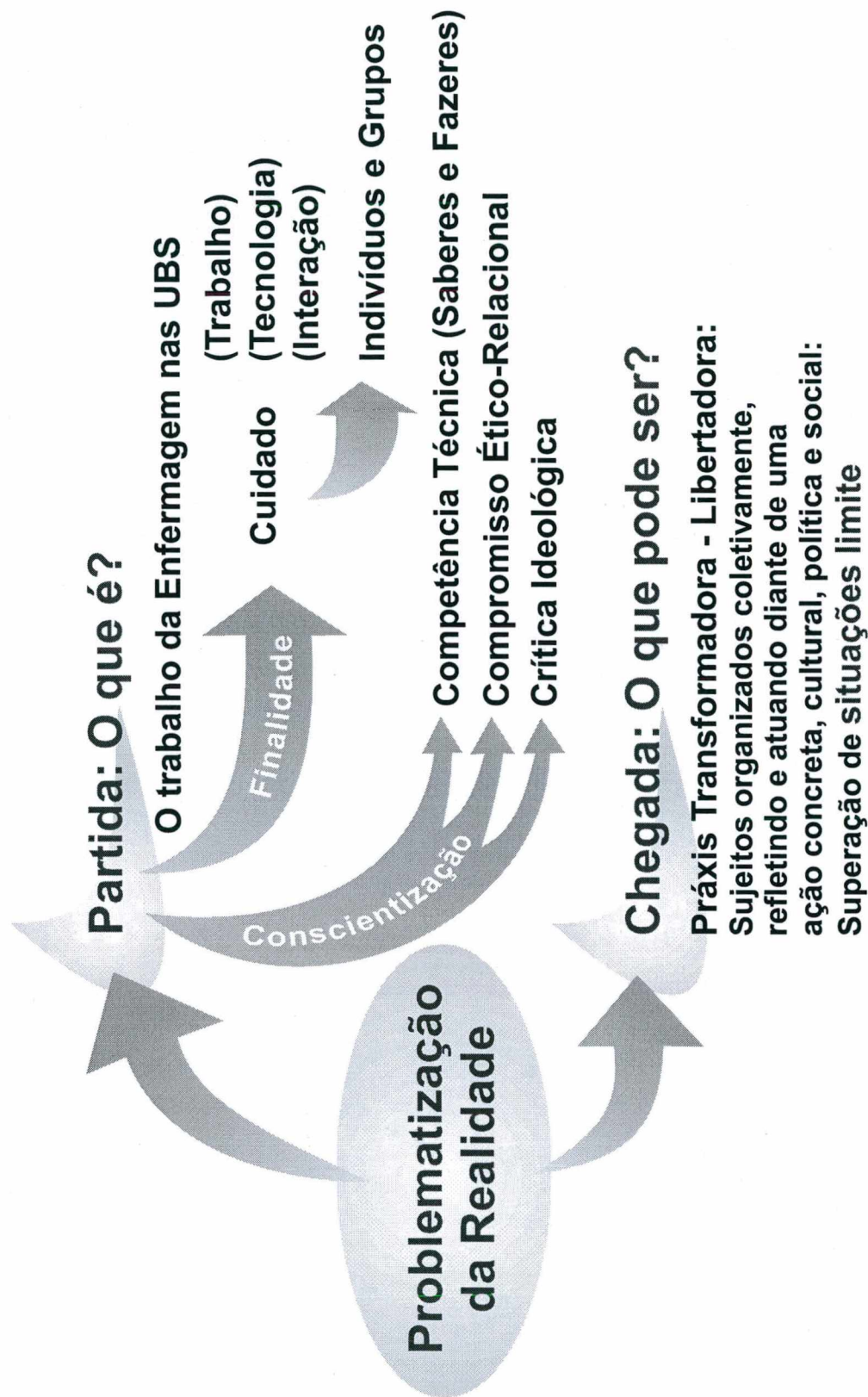


Figura 5

# Possibilidades de Superação das Situações-problema

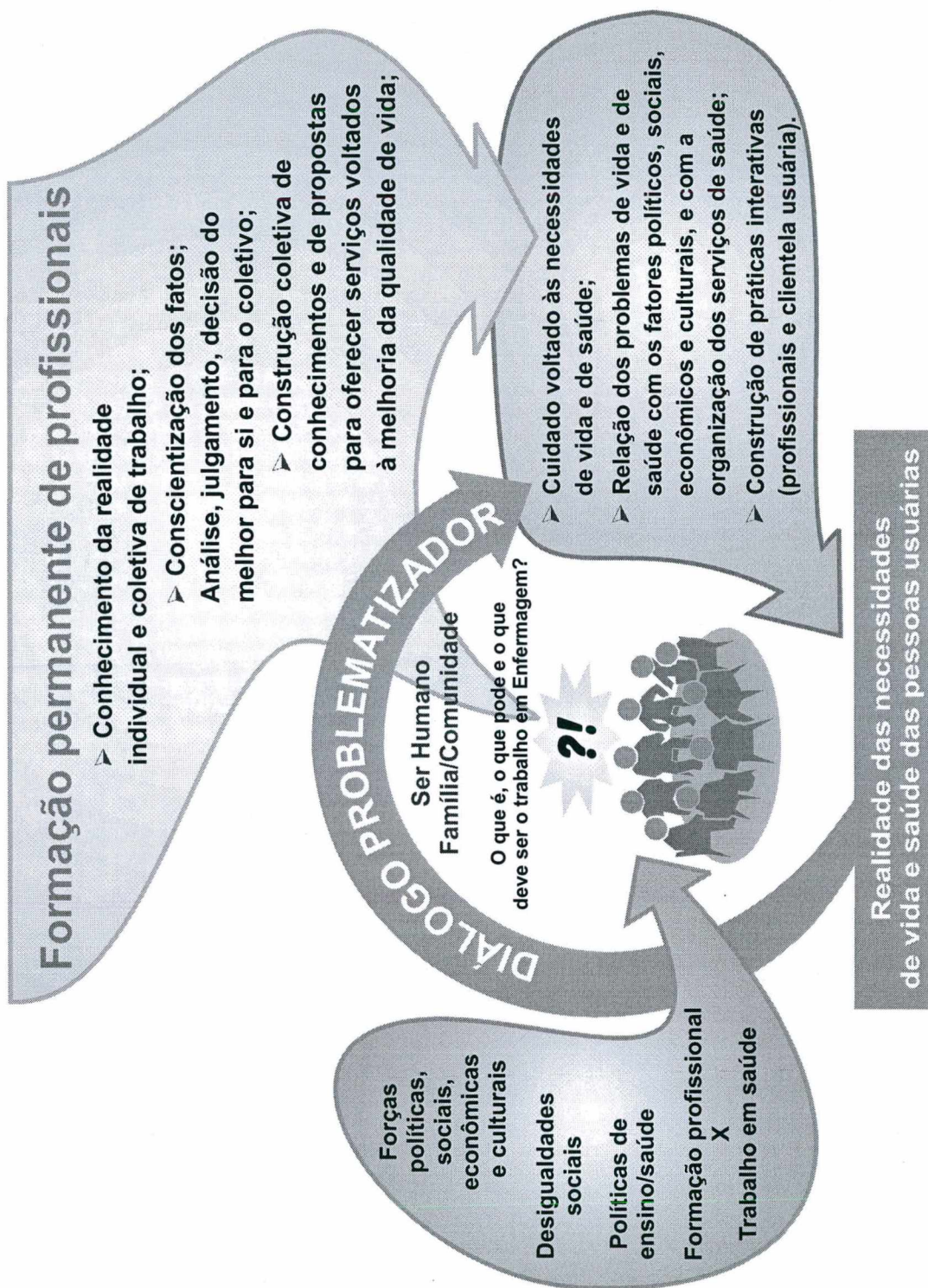


Figura 6



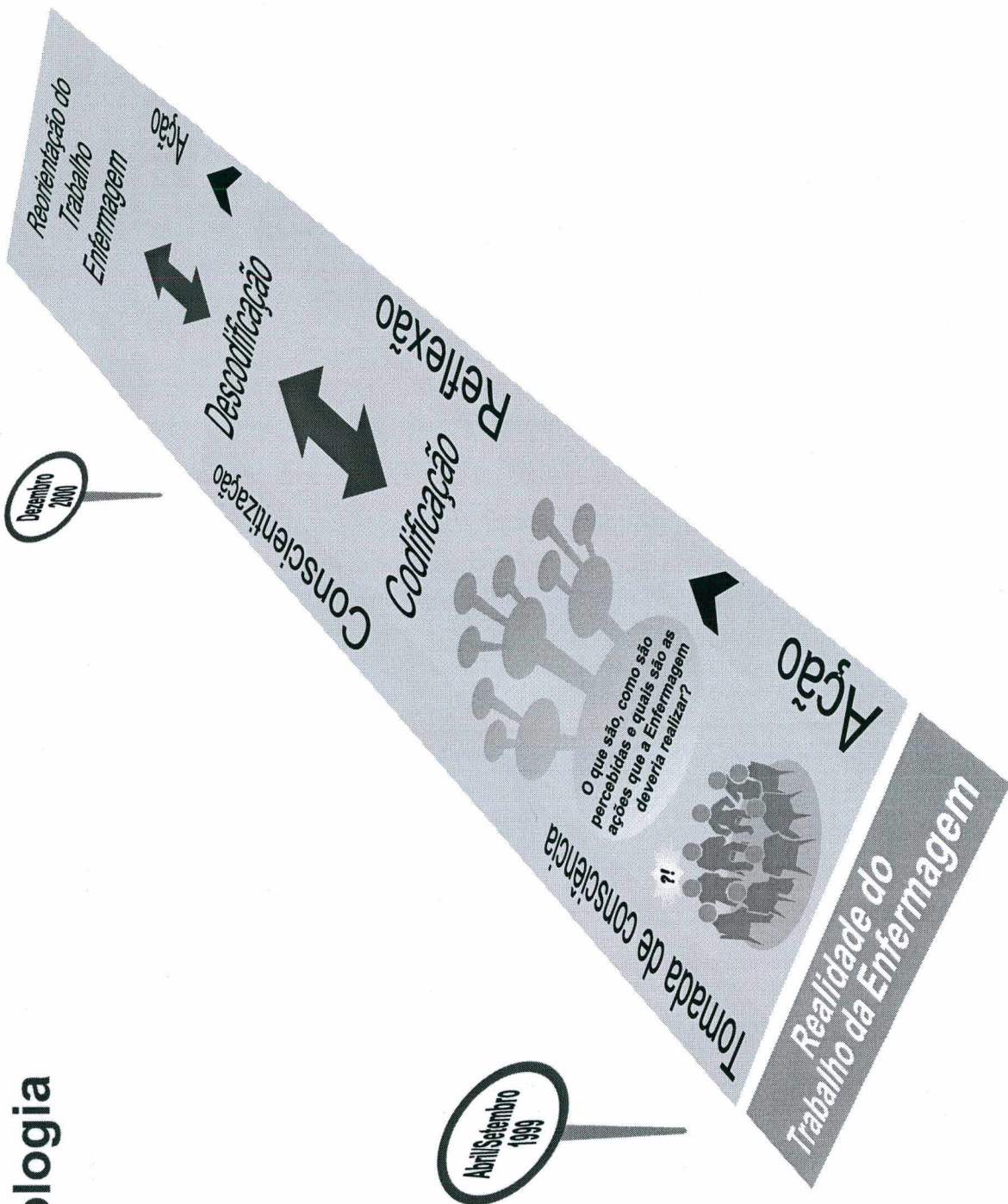


Figura 7

### 3.4 A dinâmica do círculo de cultura

O processo educativo e de pesquisa constituiu-se a partir das disciplinas de Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Educação e Assistência de Enfermagem.

O período de concretização do processo ocorreu entre maio e julho de 1999, totalizando sete encontros realizados em uma das salas da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente. A previsão de duração dos encontros era de, aproximadamente, três horas para cada um, mas em função do interesse e da motivação dos sujeitos, esse período prolongou-se atingindo a média estimada de quatro horas por encontro.

No momento da formação do grupo, já previa ausências. De fato, apesar de os encontros terem sido realizados em horários que melhor conciliavam as disponibilidades de tempo, nem sempre todos os componentes estiveram presentes em todos os encontros devido a outros compromissos. A frequência oscilou de nove (9) a dezesseis (16) participantes, confirmando o interesse do grupo em participar do processo. Também fez parte do círculo de cultura, como ouvinte, uma colega mestranda, cuja permanência no grupo foi assentida verbalmente pelos demais participantes, por ocasião da primeira reunião.

Chamou a atenção o respeito demonstrado pelas colegas que, quando necessitavam estar ausentes, na maioria das vezes, comunicavam antecipadamente. Isso denotou a seriedade com que o compromisso de construção desse processo foi assumido.

O espaço físico nem sempre foi o ideal para o número de sujeitos participantes, mas, no geral, permitiu que nos reuníssemos, dispostos em semicírculo, a exemplo do método preconizado por Paulo Freire.

Dispusemos, também, de um quadro negro tanto para esquematizar os assuntos a serem tratados, registrar temas geradores e fazer anotações em geral, como para colocar cartazes explicativos do método de trabalho, cartaz contendo as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nas UBS (denominado “nosso espelho”) e cartazes com mensagens de motivação (o conteúdo desses cartazes será abordado mais adiante).

Fizeram parte do material de apoio utilizado textos de fontes bibliográficas e textos de minha autoria, tais como resumo dos assuntos tratados nas reuniões anteriores e/ou propostas de questões para reflexão. Além disso, foram utilizados questionários semi-estruturados para serem preenchidos durante, ou em seguida, à jornada de trabalho de cada sujeito. Esses questionários auxiliaram a caracterizar o trabalho realizado pelas participantes do grupo e serviram, como ponto de partida, para reflexões e discussões desenvolvidas nos encontros seguintes.

Para propiciar um ambiente favorável ao diálogo desinibido, bem como a integração amistosa entre os sujeitos enfermeiros, realizamos, em todos os encontros, momentos de descontração com música e lanche.

Para promover a integração e preservar a identidade do grupo, os sujeitos enfermeiros usaram, em todos os encontros, crachás de identificação, com seu nome e pseudônimo.

A dinâmica do processo educativo e investigativo deu-se através de vários encontros meus com os enfermeiros individualmente e em grupo. Foram realizadas visitas a todos os enfermeiros em atuação nos serviços de atenção básica. Tais visitas individuais tiveram a finalidade de sensibilizá-los a participar da construção do círculo de cultura e, também, de criar espaços para que eles pudessem expressar, em particular, suas opiniões, desejos e expectativas em relação ao processo proposto.

Os encontros coletivos, que estão descritos nesse estudo, foram momentos co-participativos entre sujeitos enfermeiros, os quais, em postura dialógica crítica reflexiva sobre si mesmos e sobre o trabalho da Enfermagem nas UBS e seu meio ambiente, direcionaram-se à identificação de situações-problema, a buscar as causas que as desencadeiam e a construir, coletivamente, os conhecimentos para sua superação.

Esses encontros co-participativos, ao propiciar desenvolvimento dos participantes como pessoas e profissionais, possibilitam a visualização mais clara da finalidade do trabalho da Enfermagem e aumentam o compromisso de ajudar as pessoas usuárias a buscarem melhores condições de vida e saúde.

Assim, sempre em atitude crítica reflexiva, confrontado os produtos oriundos dos encontros, buscamos, além da conscientização do que é, como deveria ser e o que pode ser o trabalho da Enfermagem nas UBS, estratégias para ultrapassar os limites e impasses surgidos nesses confrontos.

A idéia central dessa proposta, como já foi dito anteriormente, é possibilitar que os enfermeiros ocupem lugar de sujeitos na construção de conhecimentos, a partir de suas vidas e de suas práticas profissionais. Feito isso, esses profissionais estarão aptos a recriar suas práticas em co-participação com as pessoas/famílias/comunidade como sujeitos da construção de suas vidas e saúde num movimento permanente de “ação – reflexão – ação”.

Para potencializar o processo como um todo e, principalmente, não perder de vista as possibilidades de concretização das propostas emergidas, algumas tendo sido já encaminhadas, construí um questionário para avaliação das atividades desse círculo de cultura. Por meio desse instrumento, os sujeitos enfermeiros tiveram a oportunidade de revisar a trajetória construída, registrando suas percepções, seus sentimentos, suas satisfações, seus limites e suas possibilidades. O produto, daí emergido, foi refletido no grupo, isto é, foi socializado, originando novos questionamentos e encaminhamentos, os quais serão descritos mais adiante.

Ao longo de todo o processo, muni-me de atenção e cuidado para captar o maior número possível de fatos objetivos, subjetivos e situações-problema que desafiavam os enfermeiros; a percepção que eles tinham destes fatos e suas disposições para enfrentá-los. Lembrando o que diz Oliveira (1999, p. 30) sobre esse tipo de pesquisa, “tudo é pertinente, nada é desprezível...”, pois não é unicamente aquilo que é dito explicitamente que é significativo. A maneira de dizer, as inflexões, as hesitações, as pausas e os silêncios dizem muitas coisas. Frequentemente, é nessas dobras do discurso que se esconde a ambigüidade e a contradição entre o pensar e o agir que importa captar e desvelar”. Com o intuito de garantir a maior fidelidade dos registros, contei com a assessoria de uma pessoa, conhecedora do método a ser desenvolvido, de minha confiança e com a aprovação do grupo, para realizar anotações e gravações em fita cassete. Assim mesmo, muitos fatos não foram apreendidos, devido a diversos fatores limitantes.

Posteriormente a cada encontro, fiz leituras e reflexões cuidadosas das anotações minhas, da assessora e da transcrição das fitas, na tentativa de relacionar os resultados com os objetivos propostos e estabelecer nexos entre os encontros ocorridos e os que viriam a se construir.

Nesses momentos solitários, através da observação objetiva e subjetiva dos diferentes fatos e, também, da minha intuição, fui construindo as linhas norteadoras dos encontros subseqüentes, as quais tinham sua consistência validada por ocasião dos encontros. A partir dessa validação, o grupo delineava as situações-problema, que eram problematizadas de tal forma que os sujeitos enfermeiros pudessem, através da análise crítica grupal, encontrar formas de agir para sua superação.

Segundo Freire (1998b), o pesquisar e o educar se identificam num permanente e dinâmico movimento de apreensão, articulação e compreensão da realidade empírica e das reflexões teóricas. A construção textual desse estudo procura acompanhar os movimentos dos sujeitos enfermeiros em direção ao conhecimento de si mesmos, em suas relações cotidianas de trabalho.

Os encontros co-participativos dialógicos, como disse anteriormente, seguiram uma dinâmica que pode ser didaticamente dividida em quatro momentos que, na prática, aconteceram interligados entre si, através de movimentos de ir e vir, misturando-se e alterando-se de acordo com os limites e possibilidades dos sujeitos desse círculo de cultura.

O primeiro momento consistiu na formação do círculo de cultura, na apresentação da proposta do trabalho e da metodologia problematizadora conscientizadora e, ainda, a descrição do contexto real do estudo.

O segundo momento consistiu a realização da abertura do processo, através da sensibilização dos sujeitos com música e cartazes com mensagens de acolhimento. Essa acolhida afetiva dialógica horizontal teve a intenção de criar um clima de bem estar e propiciar uma relação harmoniosa de modo que os participantes se sentissem valorizados como sujeitos. Através dessa relação favorável à liberdade de expressão, esperava, conforme observa Oliveira (1999, p. 25), favorecer a captação da “lógica dinâmica e contraditória do discurso de cada sujeito”, bem como sua forma de estabelecer relações com os demais profissionais da saúde e com a clientela usuária. Além disso, esperava

proporcionar um clima favorável ao afloramento de desejos de mudanças pessoais e profissionais e a busca de meios para sua realização.

No terceiro momento, foram realizadas vivências co-participativas, baseadas no diálogo horizontal, com vistas à troca permanente de conhecimentos e experiências objetivas e subjetivas. Essas vivências implicaram num trabalho conjunto de pesquisa e discussão entre os sujeitos, mediatizado, sempre, pela realidade do trabalho que queríamos conhecer e realizar. Por meio da problematização das questões norteadoras, procuramos, dentro das possibilidades, clarificar as inúmeras e sucessivas situações-problema (temas geradores), tomar posição a respeito dessas e definir formas de intervenção. O ponto de partida foi a tomada de consciência pelos enfermeiros de si próprios como sujeitos, de suas formas de pensar e atuar como profissionais e da eficácia de seus trabalhos frente às necessidades da clientela usuária. O ponto de chegada almejado era a construção de conhecimentos necessários à (re)criação do trabalho, para torná-lo compatível com as necessidades e expectativas dos trabalhadores e da clientela usuária.

No quarto momento, procedemos a análise crítica reflexiva de situações-problema (temas geradores), o que aumentou a consciência da realidade específica e oportunizou a visualização de possibilidades de transformação. Estabelecemos, também, estratégias político-administrativas e realizamos os encaminhamentos possíveis no momento.

## CAPITULO IV

### VIVENCIANDO O PROCESSO EDUCATIVO E INVESTIGATIVO

*“O trabalhador social que opta pela **mudança** não teme a liberdade, não prescreve, não manipula (...) vê nos homens com quem trabalha **peessoas** e não coisas, **sujeitos** e não objetos. (...) reconhece esta obviedade: que não pode ser trabalhador social se não for homem, se não for pessoa, e que a **condição para ser pessoa é que os demais também o sejam.**”*

Paulo Freire, 1998b, p. 51

## **4 VIVENCIANDO O PROCESSO EDUCATIVO E INVESTIGATIVO**

Este capítulo constitui a parte central dessa dissertação, representando as vivências, construídas pelos sujeitos enfermeiros, neste processo educativo e de pesquisa. É a matéria-prima desse estudo, cujo ponto de partida é a apreensão do que é, como é percebido, o que pode ser o trabalho da Enfermagem nas UBS; e cujo ponto de chegada é a visualização de possibilidades para a (re)criação desse trabalho, de modo a aproximá-lo das necessidades de saúde da clientela usuária.

Não pretendo outra coisa senão apresentar, de modo mais direto possível, como as idéias, as situações e a metodologia utilizada, para a realização desse processo, são possibilidades concretas para a (re)criação do trabalho da Enfermagem.

De começo, é preciso reconhecer que há muito mais procura, perguntas, dúvidas, do que respostas. Acredito, no entanto, que os encontros eminentemente reflexivos, em sua riqueza e profundidade de significados, evidenciaram importantes contribuições para o trabalho em saúde em geral e na Enfermagem em particular.

Esse processo parte do trabalho da Enfermagem como uma prática social, inserida no trabalho em saúde, que depende de outros setores produtivos na sociedade, para cumprir sua finalidade de atender às necessidades técnicas e sociais de saúde da população. Para tentar encaminhar um processo dessa natureza, é preciso considerar a atuação da Enfermagem enquanto trabalho e não somente como uma profissão conceituada, estabelecida por critérios técnico-científicos de competência e valores éticos profissionais (Almeida & Rocha, 1997, Villa et al., 1997).

Esse processo educativo não prescindiu de um direcionamento político, uma vez que teve como horizonte a possibilidade de (re)criação da prática em busca de atenção



mais ampla às necessidades de vida e saúde da população e não apenas executar ações técnicas dirigidas a promover a saúde, tratamento e cura de doenças de pessoas que procuram espontaneamente, os serviços de atenção à saúde.

Essas vivências foram norteadas pelo marco conceitual, originado essencialmente nas idéias e metodologia de Paulo Freire, com o auxílio de reflexões sobre o trabalho de autores que se preocuparam e evidenciaram caminhos, por eles percorridos, sobre o mundo do trabalho em geral e em especial na saúde e Enfermagem.

#### **4.1 Compreendendo as expectativas e o desenvolvimento do processo educativo e investigativo**

O primeiro encontro está vinculado à reunião de apresentação da proposta, em que compareceram quinze enfermeiras interessadas em integrar o círculo de cultura e entregaram o termo de consentimento esclarecido, devidamente assinado.

Percebi, na reunião de apresentação da proposta, bem como nas visitas aos serviços, que várias colegas eram recém admitidas na instituição, pouco se conheciam e não tinham o hábito de se reunirem para reflexões e deliberações sobre o trabalho; por isso, preparei algumas surpresas que propiciassem a integração do grupo, tais como, música e bombons.

Fornei crachás com figuras de flores diversas, nos quais foram escritos os nomes e os pseudônimos escolhidos pelas participantes. Esses pseudônimos serão utilizados na apresentação acadêmica dos resultados do processo. Ao propiciar às participantes o uso de crachás, em todos os encontros, tive a intenção de destacar a presença de cada uma como sujeito do processo.

Preparei cartazes para favorecer a comunicação e a integração do grupo. Essa proposta foi inspirada em Andreola (1998), com a finalidade de despertar o interesse pela participação no processo educativo, bem como estimular o surgimento de idéias em torno do tema: o trabalho da Enfermagem nas UBS.

Os cartazes continham as seguintes mensagens:

“Por que você atendeu a este convite?... Meus votos de que este encontro lhe sirva para descobrir novas formas de viver, dialogar e trabalhar”

“Sua chegada, nesse encontro, representa uma mensagem. Alegre-se por isso, sinta-se à vontade no grupo, no encontro de hoje. Descubra coisas agradáveis nessa experiência.”

Utilizei, também, cartazes com o objetivo de manter presente o marco conceitual e a metodologia que norteariam a construção desse processo educativo.

Com o objetivo de estabelecer um relacionamento horizontal, entre mim (animadora do processo) e as colegas participantes, recepcionei cordial e informalmente cada uma delas, quando chegava.

Foi feita a apresentação breve e informal das participantes, na qual cada uma disse o seu nome, codinome, local de trabalho, tempo de serviço na instituição e quais suas expectativas em relação à atividade que ora iniciávamos. Essa iniciativa teve o objetivo de promover o conhecimento mútuo e desenvolver um clima de comunicação e interação grupal.

Nesse dia, já com o grupo definido, e percebendo uma maior aderência dos sujeitos enfermeiros ao trabalho, julguei importante retomar alguns pontos norteadores da construção desse processo educativo, para isso, voltei a utilizar cartazes reproduzindo as figuras 2, 3, 4 e 5, descritas anteriormente, as quais referem-se ao marco conceitual e à metodologia freireana adotada nesse estudo.

Mesmo já tendo efetuado as etapas de descrição do cenário e construção do círculo de cultura com a participação efetiva das enfermeiras, julguei oportuno, antes de iniciar a problematização da realidade de trabalho, compreender as expectativas e o interesse delas na participação dessa modalidade de estudo.

Assim, distribuí às participantes um questionário com dados de identificação (nome, codinome, idade, formação acadêmica, tempo de trabalho) e a pergunta: “Qual sua expectativa em relação à participação nesse trabalho?” Esse questionário foi respondido e devolvido gradativamente. Teve por objetivo caracterizar os integrantes do círculo de cultura e identificar suas expectativas em relação a esse processo educativo.

As respostas evidenciaram acentuado interesse e desejo dos sujeitos enfermeiros em buscar novas possibilidades de qualificação pessoal e profissional, a fim de melhorar seu

trabalho. Percebi, também, o desejo de atingir um objetivo maior, a perspectiva de uma forma de atuação profissional direcionada à busca de um melhor cuidado à saúde da clientela. Conforme as seguintes expectativas:

- *Melhoria da qualidade de trabalho, maior autonomia e reconhecimento profissional;*

- *Crescimento pessoal e profissional;*

- *Melhoria das condições de atendimento à clientela;*

Percebi, nas entrelinhas dos depoimentos, que esses enfermeiros mostraram-se abertos, receptivos e desejosos de construir novas vivências em seu mundo de trabalho. Também, demonstraram a intenção de buscar novas formas de convivência para melhorar a qualidade de suas relações e proporcionar, tanto para si como para a clientela, condições de viver melhor. Esses aspectos pareciam não estar sendo contemplados no seu cotidiano de trabalho.

- *Troca de experiências;*

- *Repensar a atuação do enfermeiro;*

- *Lutar por ideais em conjunto e formação de novas idéias e amizades;*

- *Mudança individual e do grupo como um todo;*

- *Aprender a trabalhar com as diferenças;*

- *Solidificação das relações profissionais na equipe de saúde.*

Outro aspecto relevante que emerge dos depoimentos é a disposição das enfermeiras de se distanciarem do próprio trabalho e olhá-lo criticamente, tendo como horizonte uma prática compatível às necessidades de saúde/doença da população. Essa postura de pensar seu trabalho em direção à busca de reconstrução de sua prática pode ser entendida como uma postura de compromisso consigo mesmo e com a clientela usuária.

Nessas discussões, ficou evidenciado que as enfermeiras estão dispostas a construir conhecimentos que permitam ultrapassar de uma prática passiva, a-crítica, para uma prática crítica, ou seja, um trabalho comprometido com o cuidar de si, dos outros, com qualidade e resolutividade.

Diante dessas observações, é possível dizer que os sujeitos buscam construir um processo educativo que valorize o relacionamento humano, a conscientização da realidade e a participação responsável.

No decorrer do encontro, houve intensa participação verbal por parte dos enfermeiros. Essa participação, atendendo aos objetivos do processo educativo, ocorreu no sentido da problematização da realidade do trabalho dos participantes. Dentre as situações-problema levantadas, destacamos as seguintes:

- Problemas do programa dos agentes comunitários de saúde.
- O problema da falta de candidatos à coordenação da Enfermagem da Instituição.
- Problemas referentes à relação enfermeiras/equipe de Enfermagem.
- Enfermeiros recém admitidos no quadro: quem são? como foi o processo de admissão deles? como estão se sentindo no novo trabalho?
- Falta de estrutura adequada para o desenvolvimento do trabalho.

Cabe salientar que, a partir de janeiro deste ano, foi iniciada a substituição dos enfermeiros contratados em cargos de confiança por enfermeiros concursados. Essa troca repentina dos profissionais que conheciam e sabiam realizar o trabalho nas UBS, por aqueles recém-admitidos, sem qualquer programa de ambientação ao novo trabalho, gerou deficiências temporárias na prestação de serviços aos usuários das UBS.

Conforme depoimentos das participantes, outra dificuldade sentida por esses profissionais recém-admitidos, foi a ausência de diretrizes e normas para orientar e regulamentar o trabalho. Também, causa preocupação a esses profissionais os critérios pelos quais serão avaliados e por quem, no decorrer do período probatório.

A partir da discussão dessas situações-problema, pude perceber que o modelo de gestão e atenção em saúde, nessa instituição, de um modo geral, é centrado na fragmentação de tarefas (divisão do trabalho), excessiva normalização dos procedimentos e na individualização do processo de trabalho. É subestimada tanto a dimensão da subjetividade, quanto os conflitos de interesses entre trabalhadores, gestores e a comunidade usuária.

Vinculado a essas questões, evidenciei que esse trabalho, via de regra, não vai além de sua dimensão instrumental e técnica, pois se realiza dentro de um contexto organizacional em que a finalidade dos serviços oferecidos parece não estar bem clara.

Esses fatos, citados como situações-problema, denotam claramente a necessidade de realização de processos educativos, voltados à qualificação, que os conduzam não só a transformar a prática cotidiana como um fim em si mesmo, mas também que essa prática transformada contribua, decisivamente para se alcançar mudanças institucionais como um todo.

Também nesse período, convivemos com a suspensão temporária do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde por, aproximadamente, dois meses, o que gerou um clima de desconforto e apreensão por parte da equipe da Enfermagem, especialmente das enfermeiras que atuam nesse programa.

Além da problematização da realidade, o grupo demonstrou bastante interesse pelo método propriamente dito e criou expectativas em relação aos resultados do processo em construção.

Ao término desse encontro, forneci textos que julguei importantes para auxiliar no processo de reflexão em andamento e em futuras tomadas de decisão. Os textos foram: A ética na Enfermagem: sua história e suas perspectivas (Gelain, 1995); A finalidade do trabalho da Enfermagem: a ética como fundamento decisório (Leopardi, 1995b), e Cuidado: ação terapêutica essencial (Leopardi, 1997).

Como eu havia previsto, já nesse primeiro encontro, ao problematizarem a necessidade do cumprimento da legislação em vigor, bem como o dever de o trabalho ser exercido com competência e qualidade, ficou evidenciado o comprometimento e a responsabilidade com que os profissionais envolvidos, no estudo, buscam alcançar essas metas.

Como animadora, tentei encaminhar as discussões, acreditando como afirmam Collet et al. (1995) que a ética deve ver as pessoas como sujeitos participantes das decisões que dizem respeito a suas vidas, que buscam relações sociais mais justas, que procuram gozar de seus direitos, cumprir seus deveres e exercer, assim, sua cidadania.

Para aprimorar a percepção da própria realidade de trabalho de cada sujeito, na reunião de apresentação, solicitei às participantes interessadas que registrassem por escrito, suas atividades nas UBS, durante um período de cinco dias (anexo 6). Essas anotações foram recolhidas neste encontro, analisadas e utilizadas como ponto de partida das discussões do segundo encontro.

Ao final da reunião, expus ao grupo minha avaliação preliminar do trabalho realizado nesse dia, isto é, de que conseguimos contemplar o objetivo proposto de desencadear o processo de reflexão sobre o trabalho da Enfermagem nas UBS.

#### **4.2 “Ad-mirando” o trabalho que realizamos**

Nesse encontro, participaram nove enfermeiras. Minha expectativa era o surgimento de conhecimentos e situações-problema que servissem de base para as reflexões coletivas. A questão norteadora foi: o que é o trabalho do enfermeiro nas UBS? O objetivo foi a criação de espaço para socializar e refletir sobre os conhecimentos e as experiências que os participantes, nessa ocasião, em número de nove, possuíam sobre o trabalho que realizam.

Inicialmente, reporteime ao cartaz referente ao método, identificando a fase que iríamos trabalhar.

Preparei e distribuí algumas atividades com o objetivo de favorecer a comunicação e a integração grupal. Desde o primeiro encontro, percebi que, na minha função de coordenadora, teria que me empenhar para despertar o interesse e a motivação do grupo para o trabalho que estava sendo desenvolvido.

Inicialmente, reporteime às figuras do marco conceitual, do método e ao resumo do encontro anterior, para relacionar os momentos do processo.

Tendo em vista que o método, também, contempla a valorização do sujeito enquanto pessoa e como membro de um grupo e, mais, que os sujeitos, uma vez reunidos em grupo para problematizar a realidade, estão expostos ao risco de enfrentar as divergências de idéias, preparei um cartaz na tentativa de promover o reconhecimento dos aspectos positivos das diferenças individuais.

“Cada sujeito do grupo é diferente. O conjunto constitui a harmonia das partes. Veja em cada pessoa uma tonalidade do arco-íris. Desfrute este encontro.” (Andreola, 1998, p. 41)

O trabalho da Enfermagem é realizado em equipe, envolvendo diferentes atores, com diferentes necessidades, diferentes visões de mundo e de trabalho e, também, com diferentes intencionalidades e que direcionam suas práticas de acordo com essas. É preciso se dar conta que existem essas diferenças; reconhecer, respeitar e criar espaços para identificação das diferenças que obstaculizam a realização de um trabalho compatível com a finalidade que se propõe.

Nesse encontro, as enfermeiras foram incentivadas a reverem o seu cotidiano de trabalho, e essa reflexão gerou momentos de ansiedade e tensão devido ao levantamento de inúmeras questões-problema surgidas. Além dos problemas relacionados diretamente ao trabalho deles, foram levantadas questões relacionadas ao trabalho de outros profissionais da equipe de saúde e, relacionados à organização da instituição que resultam em problemas que interferem no cotidiano dessas enfermeiras.

Na reunião de apresentação, foi proposto às participantes que registrassem, por escrito, suas atividades nas UBS durante um período de cinco dias. Após devolvidos, os questionários foram cuidadosamente revistos para que houvesse deformações ou perdas de informações. As respostas foram agrupadas de forma que as atividades repetidas aparecessem só uma vez. Essas anotações e as colocações e reflexões individuais e coletivas foram o ponto de partida para as discussões desse encontro.

Estas atividades foram escritas em um cartaz que foi apresentado às participantes do círculo de cultura sob a denominação “O espelho do nosso trabalho”:

“Ad-mirando” (Freire, 1998a) o trabalho da Enfermeira nas UBS (O que é/ Como está sendo)

- Controle da PA e orientações gerais sobre HAS;
- Orientações a diabéticos, puérperas (estimulando o aleitamento materno), entrega de medicação;
- Consulta de Enfermagem ao adulto (gota e hipercolesterolemia);

- Reunião com grupos de hipertensos, diabéticos e anticoncepção;
- Consulta de Enfermagem ao RN (orientações e peso);
- Triagem pediátrica, pré-consulta médica;
- Consulta de Enfermagem (pediculose, escabiose, impetigo, crescimento e desenvolvimento);
- Palestras nas escolas;
- Pesagem das crianças para o programa do leite;
- Imunizações e orientações para reações;
- Curativos, retirada de pontos, nebulizações;
- Administração de medicações, insulina e entrega de medicamentos;
- Visita domiciliar junto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Orientações semanais aos ACS;
- Treinamento aos ACS sobre o atendimento integrado à saúde (reelaboração);
- Pedidos de medicamentos e outros materiais;
- Preparo de materiais;
- Relatório de estágio probatório;
- Supervisão do serviço de limpeza;
- Fechamento de relatórios de programas (IRA, mulher, diabetes, HAS);
- Agendamento de consultas para especialidades;
- Encaminhamento de documentos administrativos;
- Contato com o presidente da Associação Comunitária;
- Escala dos auxiliares de Enfermagem;
- Supervisão de estágios voluntários;



- Participação em reuniões da Comissão do Fundo Municipal de Saúde, da Conferência Municipal de Saúde, interação nas deliberações, contribuindo para o seu cumprimento;

- Integração com a equipe da UBS, atuando em grupos de autocuidado, cursos de promoção à saúde, consultas de Enfermagem (individuais e coletivas), reuniões com as lideranças da comunidade, visitas domiciliares... Reorientação do modelo de assistência à saúde;

- Instrumentalizar-se com o Conselho Municipal de Saúde;

- Integração com os ACS, Pastoral da Saúde, líderes comunitários, escolas; para traçarmos, conjuntamente, estratégias para a melhoria da qualidade de vida da população;

- Trabalho em programas de saúde, a partir do diagnóstico sócio-econômico epidemiológico dessa comunidade.

O objetivo dessa atividade era de, por meio da “ad-miração” (Freire, 1998a) e da reflexão coletiva sobre o que é e como se desenvolve o trabalho das enfermeiras nas UBS, inteirar os sujeitos enfermeiros de sua própria realidade.

Para desenvolver a análise e reflexão das atividades descritas pelas enfermeiras, foi feita uma ad-miração do “espelho”, durante dois minutos, depois houve a orientação para que os participantes olhassem o cartaz e refletissem sobre a realidade de trabalho agora compartilhada pelo grupo, visando a responder as seguintes questões:

- O que essas atividades representam para vocês?

- Qual a finalidade dessas atividades?

Após, houve a manifestação verbal dessas reflexões, sendo respeitado o direito ao silêncio. A seguir, apresento alguns comentários:

*Gerânio – “A gente deixa de desempenhar muitas atividades que, realmente, são da enfermeira para atender a parte burocrática.”*

*Flor-de-cactos – “Eu fico chocada, porque há coisas que a gente sabe que não é para se fazer, e, de repente, já está lá em cima da tua mesa; já estão te pedindo para fazer*

*e tu vais te sobrecarregando, vais fazendo, e dentro de ti tem algo que diz que não precisarias fazer aquilo, e acabas explodindo em outras coisas que não devia”.*

*Flor-de-cactos – “Eu estou achando excelente esse repensar que a gente faz, para mim é nota dez, porque a gente vai fazendo e nunca pára para pensar... vai levando com a barriga... Ainda bem que alguém parou e fez a gente também parar para pensar”.*

*Animadora – “... essa idéia nasceu das minhas visitas às UBS, esse trabalho foi gerado a partir das angústias que cada enfermeira me confidenciava”.*

*Azaléia – “Eu estou tão abaixo dessas listagens, eu não consigo nem sequer chegar perto. Eu fui colocada dentro de uma sala de vacinas, sem treinamento... Eu só via o posto de dentro da sala de vacinas... O meu trabalho está tão direcionado, tão bitolado...”*

*Jasmim – “... temos que parar de falar em programas, não existem programas, o que se faz são algumas ações isoladas, até porque não tem estrutura, não tem material, não tem base... como vamos trabalhar com programas? ... Nós estamos muito imaturas no nosso trabalho e esse é um dos motivos pelo qual nós não fazemos o papel do enfermeiro e continuamos fazendo coisas que não são da nossa competência...”*

*Girassol – “Eu vejo as ações muito segmentadas, é o diabético, o hipertenso, e não o ser humano integral, como deveria ser ... O importante é que nós não podemos centrar na doença ...”*

À medida que as enfermeiras do círculo de cultura iam se manifestando, o assunto ia sendo problematizado, eu exercia o papel de animadora cultural, provocando o aprofundamento das discussões. Assim que as situações-problema iam surgindo, eu as anotava no quadro-de-giz. São elas:

- Falta de integração de alunos e professores da Enfermagem (relativo aos estágios de estudantes nas UBS);
- Falta de condições (preparo profissional e conhecimentos) para o enfermeiro realizar, adequadamente, seu trabalho;
- Falta de pessoal auxiliar (auxiliares e técnicos de Enfermagem);

- Falta de políticas de incentivo ao preparo e à atualização continuada dos enfermeiros (qualificação de recursos humanos);
- Falta de autonomia profissional;
- Falta de gerenciamento nas UBS (chefias administrativas sem qualificação para os cargos);
- Falta de organização no trabalho;
- Desvios de função (enfermeiros em atividades alheias a sua função);
- Dificuldades no cumprimento às diretrizes legais: Constituição Federal, SUS, Lei do Exercício Profissional e Código de Ética;
- Falta de política de pessoal;
- Inexistência de uma filosofia de trabalho na instituição;
- Falta de projeto político-profissional.

#### **4.3 Relacionando o conceito de saúde com o trabalho da Enfermagem**

Nesse encontro, compareceram dez enfermeiras. O objetivo foi refletir sobre o trabalho da Enfermagem frente ao atual conceito de saúde e frente à legislação vigente.

Inicialmente havia previsto para esse encontro realizar reflexões a partir do questionário entregue no segundo encontro, mas como apenas cinco participantes o devolveram, redirecionei a proposta, sugerindo uma breve retomada das discussões e validação das situações-problema geradas no último encontro.

Fiquei muito preocupada diante dos registros e das colocações feitas naquele encontro. Assim, vi a necessidade de utilizar estratégias que estimulassem a reflexão sobre os caminhos para conduzir à reversão da situação constatada.

Previ, para esse encontro, uma leitura dos capítulos “Conceito de Saúde” e “SUS – princípios e diretrizes”, do livro “SUS e o Controle Social – Guia de Referência para Conselheiros Municipais” e “Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”, especificamente: o preâmbulo, os artigos 1, 2 e 3 do capítulo 1 e o artigo 10 do capítulo 2. Para isso, as participantes formaram dois grupos de cinco integrantes, e cada grupo

analisou um dos textos. O objetivo dessa atividade foi proporcionar ao grupo a possibilidade de confrontar suas próprias idéias e conceitos com aquelas veiculadas pelos textos, de modo que fosse gerada uma reflexão sobre o trabalho da Enfermagem, frente ao novo conceito de saúde e que fossem resgatados os pressupostos éticos que norteiam o exercício da nossa profissão.

Após a leitura e discussão nos grupos, cada participante teve a oportunidade de manifestar, ao grande grupo, sua concepção de saúde, e estabelecer relações desta com seu trabalho. Procurei estimular o diálogo, problematizando em torno das seguintes questões:

- O que entendemos por saúde?
- O nosso trabalho está comprometido com a vida e a saúde do cidadão e da coletividade?
- A população usuária é vista como sujeito autônomo?
- Buscamos formas de melhoria do nosso trabalho?
- Como vemos as ações descritas no nosso espelho?
- Essas ações condizem com os pressupostos do SUS e do Código de Ética?

A seguir, transcrevo alguns fragmentos das declarações dos sujeitos que participaram desse encontro:

*Girassol – “... saúde é resultante das condições de acesso à alimentação, lazer, trabalho, emprego digno, moradia. Acho que saúde é tudo isso. Nos grupos, a gente sempre tenta resgatar e perguntar, porque, na realidade, são eles que constroem esse conceito. Eu não consigo dissociar, quem não tem alimento e não tem emprego, não tem saúde...”*

*Petúnia – “Eu vejo saúde como uma resultante de todas as condições mínimas de sobrevivência da pessoa, de acesso à alimentação, lazer, trabalho, moradia. Saúde é, também, algo integral, o ser humano como um todo.”*

*Animadora – “O que tu entendes por ser humano integral?”*

*Petúnia – “Por muito tempo, a gente trabalhou em cima da doença, não se via a pessoa como um todo, só se via aquilo que ela estava sentindo. Ainda, hoje, é assim. Para*

*mim, no atendimento à saúde deve-se ver a pessoa como um todo. Esse é o novo conceito de saúde, é viver com dignidade.”*

*Lírio – “Saúde é o completo bem estar físico e mental; social e espiritual; é um conjunto, não existe saúde completa.”*

*Crisântemo - (acrescenta ao conceito anterior) – “O estado psicológico influi na saúde.”*

*Margarida – “Foi-se o tempo de conceituar saúde como bem estar social e mental e ausência de doenças, esse conceito está superado, vejo saúde num conceito mais abrangente.”*

*Animadora – “Já está sendo superada a visão de saúde como ausência de doenças.”*

*Flor-do-campo – “Será que não está na hora de pensar o que é saúde para as pessoas que nós atendemos? Será que, no desempenho de minha função de enfermeira, importa a minha concepção de saúde?”*

*Animadora – “Todas as nossas ações são realizadas amparadas nas nossas crenças, valores e percepções... as diretrizes do SUS representam um esforço político muito grande de contemplar a integralidade de assistência, descentralização... percebe-se que essas diretrizes não estão sendo seguidas em sua totalidade e esse é um dos motivos de estarmos refletindo sobre o trabalho da Enfermagem.”*

Nesse dia, distribuí um questionário para ser preenchido nos locais de trabalho e devolvido no próximo encontro (anexo 7). O objetivo foi caracterizar o trabalho da Enfermagem nas UBS, identificar a percepção desse trabalho pelos integrantes do círculo de cultura e destacar o trabalho que a Enfermagem deveria realizar. As perguntas foram as seguintes:

- Qual é o trabalho da Enfermagem nas UBS?
- Como você percebe o trabalho da Enfermagem nas UBS?
- Na sua concepção, qual o trabalho que a Enfermagem deveria realizar?

Juntamente com o questionário, distribuí dois textos para leitura complementar, com a finalidade de subsidiar o trabalho da Enfermagem nas UBS:

- A unidade de assistência à saúde deve pensar saúde – o dever ser para além da tarefa – capítulo do livro “Comunicação na Saúde – Fim da Assimetria?” (Faria, 1996, p. 65-79)

- O trabalho de Enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto (Almeida et al., 1991).

#### **4.4 Tomando consciência da realidade de trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**

O objetivo desse encontro, ao qual compareceram dez enfermeiras, foi analisar as situações-problema apontadas e descobrir novas possibilidades de realizar o trabalho.

Para facilitar o acompanhamento de todas as etapas desse processo pelos componentes do círculo de cultura, distribuí um texto com o resumo das atividades até agora desenvolvidas, bem como a listagem das situações-problema apontadas pelo grupo. Nesse texto, reproduzido a seguir, constava, também, a proposta de trabalho para esse encontro.

“Chegamos até aqui ... E agora, quais as possibilidades?”

Por meio de nossos encontros para a construção da proposta de trabalho grupal, refletimos e partilhamos discussões sobre o trabalho da Enfermagem nas UBS. Conseguimos, em alguns momentos, relacionar o que elas fazem dentro dos princípios éticos, com o novo conceito de saúde, com a lei do exercício profissional e diretrizes do SUS.

Partimos de uma realidade concreta: “O que é o trabalho da enfermeira e da Enfermagem nas UBS?” Através do diálogo problematizador, refletimos sobre essa realidade, conseguimos identificar alguns problemas norteadores e apontar algumas de suas causas:

- Qual é a finalidade do trabalho da Enfermagem nas UBS?
- Compromisso e competência profissional para solucionar os problemas de saúde.

- Preparo profissional da Enfermagem frente ao SUS.
- Autonomia profissional do enfermeiro.
- Falta de reconhecimento profissional.
- Condições de trabalho da Enfermagem x qualidade da assistência prestada.
- Integração alunos e professores x equipe das UBS.
- Existe projeto institucional que contemple planejamento e organização para a execução de ações e serviços?
  - Existe projeto político-profissional? Se existe, qual é?
  - Conscientização profissional.
  - Funções do enfermeiro e da Enfermagem – desvios de função.
  - Sobrecarga de atividades delegadas ao enfermeiro fora de sua alçada profissional.
  - Relações interpessoais: como são vivenciadas as divergências pessoais e as divergências profissionais?
- As ações e serviços de saúde atendem aos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social?
  - Os recursos humanos na Enfermagem estão preparados para trabalhar respondendo às necessidades de implantação de novas ações de saúde?
  - O que representa a educação continuada/permanente nos serviços de saúde?
  - Como se processa a comunicação dos trabalhadores entre si, com a instituição e com os usuários?
  - Como é a organização e o gerenciamento nas UBS?
  - Programas de saúde propostos de forma vertical x proposição de programas locais.
  - Falta de dados epidemiológicos, sócio-econômicos da clientela usuária e espaços para que essa clientela expresse suas necessidades, para nortear as ações em saúde.

Entendo que, através desse processo reflexivo, dialogando como sujeitos fazedores da história, conseguimos tomar uma consciência inicial sobre nós mesmos, nosso grupo e a realidade de saúde em que estamos inseridos.

Diante dessa constatação, proponho a reflexão sobre o texto de Paulo Freire (1998b, p. 38-41) “A educação e o processo de mudança social”, no que se refere à educação bancária e à consciência e seus estados. Seu objetivo é auxiliar-nos a compreender e a desenvolver uma consciência crítica sobre as causas que limitam o trabalho da Enfermagem nas UBS e, ao mesmo tempo, incentivar a reflexão sobre possibilidades de reorientação para o trabalho.

Após a leitura e discussão dos textos em dois subgrupos, os sujeitos tiveram a oportunidade de continuar a discussão no grande grupo. Nessas discussões, procuramos relacionar o texto de Freire com o trabalho da enfermeira e da Enfermagem. Essa problematização foi norteadada pelas seguintes questões:

- Temos um projeto de trabalho grupal, institucional, ou simplesmente realizamos tarefas à medida que vão surgindo, através da demanda espontânea da população e/ou determinações de chefia?
- Temos consciência das necessidades de saúde da população?
- Temos consciência do porquê e para quem prestamos a assistência de Enfermagem?

Percebi que as discussões sobre o texto de Freire, referentes aos estados da consciência, pouco avançaram, mas serviram para constatar que o grupo, não tendo por hábito questionar sua prática profissional, permanece na fase de “tomada de consciência” (Freire, 1998b) das situações-problema.

A dificuldade de reflexão vem do tempo da formação acadêmica, na qual o enfoque era especializado, tecnicista, centrado no hospital, no planejamento e nas metodologias. Esse método de ensino não levava em consideração nem as experiências, nem as formas de os alunos verem e interpretarem a realidade. Os professores dominavam os assuntos e tinham a obrigação de repassar esse saber já pronto. Assim, os alunos eram tidos como



objetos, meros receptores desse saber já pronto e não lhes era dada a possibilidade de pensar e reorganizar o conhecimento, apenas decorar e repetir as técnicas.

Mais recentemente, surgiram experiências nas quais a metodologia de ensino avançou, através de um conjunto de técnicas para facilitar a interação e a participação grupal. Segundo Manfredi (1986), tais práticas, também, não estimulam e nem incentivam uma maior compreensão da realidade. Concordo com a autora quando diz que essas práticas “fazem apenas explicitar e/ou levantar alguns conhecimentos e sentimentos dos alunos, sem no entanto avançar no processo de análise crítica”. (p. 48)

Nas discussões, foi evidenciada a necessidade de se instrumentalizar as enfermeiras individualmente e como grupo, através de capacitação profissional permanente.

Nesse encontro, novamente, foi expressa a preocupação dos sujeitos enfermeiros recém-admitidos em saber o que fazer, como fazer e para quem fazer o trabalho da Enfermagem nas UBS. Problematizamos a questão, verificando a necessidade de período de adaptação ao novo trabalho e a possibilidade de escolha do local. Foi proposto abrir espaços de reflexão coletiva, em solidariedade aos recém-admitidos, para detectar as necessidades de conhecimento e de adaptação técnica e humana.

Ainda, no que se refere a esse problema, sugeri a três colegas a realização de estágios na unidade conveniada com a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Esses estágios foram viabilizados mediante contato com professoras da UFSM, com atuação nessa unidade.

Outro problema, emergido nesse encontro, refere-se à avaliação do período probatório: Quem faz? quem deveria fazer? o que é avaliado? quem avalia está capacitado para fazê-lo? Após a discussão, emergiu a proposta de encaminhar o assunto à Coordenação de Enfermagem, sugerindo que a coordenadora realize tal avaliação.

A seguir, transcrevo algumas declarações feitas pelos participantes:

*Animadora – “Como vocês relacionam o texto de Freire com as atividades descritas no espelho?... Como está nossa consciência profissional em relação ao trabalho no dia-a-dia? Nós estamos conseguindo fazer uma análise crítica?”*

*Jasmim – “... acho que ela está meio despedaçada... Acho que a grande maioria está na consciência bancária... quer saber cada vez mais, às vezes nem sabe e não tem a humildade de chegar para um colega e pedir ajuda.”*

*Crisântemo – “no nosso caso, que entramos agora, a consciência ingênua a gente vê como sendo o conformado... não vou complicar com ninguém, não vou brigar com ninguém, vou fazer meu trabalhinho...”*

*Animadora – “Como vocês acham que nós podemos superar, passar da consciência ingênua para a crítica?”*

*Crisântemo – “Através da união do grupo.”*

*Girassol – “... me dar conta que não sou dona da verdade, que não sei tudo e que tenho muito que aprender com o grupo e ele comigo.... admitir que se está sempre trocando experiências, enriquecendo e construindo uma união para que o grupo se fortaleça e cresça.”*

*Animadora – “As atividades do nosso espelho representam um compromisso com as necessidades da comunidade?”*

*Girassol – “O importante é que nós não podemos centrar (as ações) na doença ... eu acho que a reorientação do modelo de assistência tem que permear todos os segmentos (consultas individuais, coletivas, ao adulto, à criança, ...).”*

Outro aspecto apresentado, pelo grupo, foi em relação à inexistência de orientação ao trabalho desenvolvido pelas enfermeiras nas UBS:

*Crisântemo – “... para nós, que estamos começando, é muito difícil, não tem um modelo de como fazer... a gente fica perdida...”*

*Gerânio – “... cada unidade trabalha de um jeito com seus programas e dá certo, nós poderíamos nos reunir e montar um modelo que englobe todas as idéias, um apanhado.”*

Ao término desse encontro, solicitei às integrantes do círculo de cultura que, juntamente com os demais integrantes da equipe da UBS, pensassem e trouxessem, para o

próximo encontro, um proposta viável de mudança para melhorar a qualidade do serviço oferecido.

#### **4.5 Conscientizando-nos dos limites e das possibilidades do trabalho da Enfermagem**

O objetivo desse encontro, ao qual participaram sete enfermeiras, foi refletir criticamente, sobre as ações realizadas pela Enfermagem, suas finalidades e, consoante com estas, propor formas de reorganização dos serviços.

Esse encontro foi iniciado com a leitura de um texto por mim elaborado, fazendo uma retrospectiva do trabalho desenvolvido. O objetivo foi aprofundar a reflexão sobre o que é o trabalho do enfermeiro e da Enfermagem, tendo em vista que um dos principais temas geradores levantados, até agora, quanto às UBS, é justamente a sobreposição das funções dos membros da equipe de Enfermagem. Reproduzo esse texto abaixo:

“Através das reflexões realizadas, problematizando o que é o trabalho do enfermeiro e da Enfermagem, creio que conseguimos apreender, dar-nos conta e **refletir sobre o que é, e como estamos realizando nossa prática profissional.**

Na visão de Freire (1996, p.14), a expressão de uma situação real “se apresenta sempre como uma situação desafiadora”. Por isso, na medida em que nos aprofundamos na crítica aos problemas vividos pelo grupo, vamos ao encontro da conscientização.

Segundo o mesmo autor (1980), conscientização é um ato de conhecimento, é uma aproximação crítica da realidade. Já para Brandão (1988), conscientização é um trabalho coletivo, co-participado, de construção do conhecimento da realidade local.

Entendo que, através da conscientização, podemos ampliar nossos conhecimentos e horizontes do nosso vivido, descobrir novas dificuldades e limites e, ainda **descobrir novas possibilidades de realizar o nosso trabalho.**

Para hoje, proponho refletir sobre “**o que poderia ser o trabalho da Enfermagem nas UBS**”. Como pontos de referência, eu trouxe as respostas ao questionário entregue em encontro anterior.”

Sugeri, também, às componentes do grupo, fazer uma leitura individual das respostas referentes às perguntas feitas no encontro anterior, aqui transcritas:

- Qual é o trabalho da Enfermagem nas UBS?
- Como você percebe o trabalho da Enfermagem nas UBS?

A proposta, para cada participante, era de que cada uma procurasse estabelecer relações com o que já havia sido discutido anteriormente.

Em função da análise dessas repostas, acrescentei, também, os questionamentos abaixo, em torno dos quais a reflexão foi direcionada:

- Por que, em algumas UBS, a enfermeira exerce suas funções e em outras não?
- Nós temos consciência das necessidades de saúde da população ao exercermos nosso trabalho?

Da discussão proposta emergiram os seguintes temas: o trabalho da Enfermagem, na maioria das UBS, é centrado em atividades curativas, ações fragmentadas, dentro do modelo biomédico, individualizado e não contextualizado.

Apesar dos enfermeiros estarem conscientes e terem expressado a disposição em cumprir e fazer cumprir a lei do exercício profissional, o que de fato ocorre é que o trabalho da categoria dos enfermeiros, em geral, está sendo subutilizado. Verificamos que há graves desvios de função, e o que é pior, o trabalho da enfermeira, como profissional de nível superior, não vem sendo utilizado em sua capacidade plena. Ocorre que, muitas vezes, ela exerce atividades pertinentes a pessoas com formação de nível auxiliar. Essa distorção não se limita ao serviço próprio da equipe de Enfermagem, mas estende-se, até a mesmo, a atividades burocráticas de auxiliar de escritório, de limpeza e de manutenção das instalações da UBS.

Essa constatação, conduziu à análise de outras questões como, por exemplo, a falta de resolutividade do trabalho da Enfermagem das UBS, tendo em vista às distorções mencionadas acima, as profissionais não conseguem desenvolver o trabalho voltado às necessidades da população, aliás o que elas almejam e o que lhes seria o mais adequado.

Abaixo, trechos das reflexões:

*Azaléia – “... o enfermeiro não realiza as atividades inerentes ao cargo por falta de auxiliar de Enfermagem para realizar as tarefas auxiliares, tais como curativos, injeções, verificação de PA e HGT, administração de vacinas e distribuição de medicamentos...”*

*Lírio – “deveria haver auxiliares de Enfermagem em número suficiente para liberar os enfermeiros para realizarem as tarefas inerentes ao seu exercício profissional...”*

*Girassol – “... em raras exceções ocorre o cumprimento da lei do exercício profissional...”*

*Gerânio – “... a enfermeira exerce atividades que não são de sua competência e deixa de exercer outras atividades que são...”*

A essa altura da reflexão, acrescentei o seguinte questionamento:

*Animadora – “Será que isso acontece só pela falta de auxiliares de Enfermagem, será que já estudamos e refletimos se é mesmo só essa a questão? Deduzo que o problema não é só falta numérica de auxiliares, há também questões referentes às enfermeiras que precisam ser revisadas.”*

*Lírio – “... não há distinção de tarefas entre enfermeiras e auxiliares... estes são dependentes do enfermeiro... não há esclarecimento sobre as tarefas... quais são de quem?”*

*Violeta – “Os auxiliares estão à parte do serviço ... não existe unidade de ação, que é importante...”*

*Girassol – “... até pela educação vertical, o enfermeiro não dá autonomia, não dá chance para o auxiliar trabalhar...”*

*Petúnia – “... há falta de confiança no trabalho do auxiliar e o enfermeiro acaba assumindo tudo. É importante dialogar, delimitar as funções e as responsabilidades...”*

A discussão prosseguiu, com o surgimento de muitas idéias para tentar resgatar a função do enfermeiro. A exemplo, comentários de:

*Girassol – “O enfermeiro deve além de cumprir e fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional, ir adiante em busca de metodologias ativas para construir, com a*

*comunidade, estratégias de ações baseadas no coletivo (grupo e sociedade), seguindo as diretrizes do SUS... ênfase em ações de promoção a saúde, sem descuidar da recuperação dos doentes... integrar a equipe de Enfermagem e da saúde, buscando um trabalho realizado por sujeitos que podem construir estratégias para mudar o perfil saúde/doença da população, em direção à conquista da cidadania.”*

*Petúnia – “Uma das perspectivas de melhora de trabalho está sendo feito nesses encontros... precisamos começar a pensar diferente... estudar...”*

A situação, até agora descrita, apontou distorções no trabalho de Enfermagem das UBS, por outro lado, também ficou evidente que em certas unidades, tem havido o êxito da realização de um trabalho em equipe. Esse fato demonstra o interesse e o compromisso profissional assumido por alguns enfermeiros junto à população.

A respeito disso depõem as enfermeiras:

*Margarida – “... na unidade em que trabalho, as atividades da Enfermagem são bastante distintas, isto é, cada um desenvolve as atividades que lhe competem, o trabalho é realizado em equipe multiprofissional ... e a comunidade sabe disso.”*

*Violeta – “... é preciso juntar os profissionais, fazer trocas, propor ações, levar a eles essa nova visão.”*

*Girassol – “... o auxiliar deve se sentir sujeito da ação... participar do planejamento das ações de saúde. É importante todos nós sentirmo-nos úteis e responsáveis na equipe...”*

Também ficou evidenciado que o trabalho nas UBS é desenvolvido sem planejamento, as tarefas são realizadas pela demanda espontânea da população que, via de regra, só procura a unidade quando está doente, em busca de atendimento curativo.

As atividades de prevenção, na maioria das UBS, restringem-se à aplicação de vacinas. As ações de educação em saúde, quando acontecem, são iniciativas isoladas, desvinculadas de um planejamento.

Sobre o trabalho realizado nas UBS, assim se expressaram as enfermeiras:

*Gerânio – “... confuso, em função da má estruturação de alguns postos...”*

*Jasmim – “... o trabalho é curativista, burocrático... prevenção centrada, basicamente, em imunizações.”*

Outro ponto abordado que interfere na função do enfermeiro é a falta de uma filosofia que norteie o trabalho nas UBS, e normas que o regulamente.

A coordenação do serviço de Enfermagem é o único serviço que tem regimento, este foi aprovado muito recentemente, em julho de 1999, estando ainda em fase de divulgação.

Prosseguindo a reflexão rumo a propostas de reorganização das UBS, dirigi a discussão para buscar o levantamento das ações, que o grupo entendesse como pertinentes ao trabalho da Enfermagem.

Através das discussões e reflexões realizadas acerca da questão, percebi que, embora as enfermeiras não consigam realizar plenamente suas funções, elas têm presentes as ações que deveriam realizar e demonstram o interesse no sentido de reorientar sua prática de trabalho, assumir um compromisso consciente e coerente com as necessidades da clientela. Essas limitações são encaradas como desafios a si próprias e ao grupo. Notei, também, o interesse das enfermeiras em buscar estratégias viabilizadoras de superação desses limites, e a educação permanente, a partir das questões reais vividas no trabalho, foi uma das possibilidades descobertas pelo grupo.

Essa posição fica evidente nos comentários de:

*Girassol – “... a necessidade de realizar educação continuada... continuar esse trabalho que é uma construção coletiva e que oportuniza troca de experiências entre os profissionais... reorientar o perfil do enfermeiro, na Secretaria de Saúde, adequando-o às diretrizes do SUS ... programar as atividades de acordo com a realidade e a necessidade da população local... reivindicar, juntamente com a comunidade, melhoria das suas condições de vida (saneamento, áreas de lazer, infra-estrutura)... orientar as pessoas para uma busca da qualidade de vida.”*

*Petúnia – “... fazer planejamento de ações de saúde de acordo com as necessidades da comunidade, da área de abrangência (perfil epidemiológico)... essas ações precisam ser construídas e desenvolvidas na equipe de saúde...”*

*Jasmim – “Há necessidade de motivação e de valorização no trabalho... reciclagem dos profissionais ... instrumentalizar profissionais para questões educacionais e políticas ... fazer cada um o seu trabalho com qualidade... programar ações com dados epidemiológicos com ênfase nas ações preventivas sem descuidar do curativo... implementar normalização de ações do enfermeiro nas Unidades...”*

Embora o trabalho da enfermeira e o trabalho da Enfermagem devam ser, em tese, realizados em equipe, portanto indissociáveis, aqui foram postos em discussão, em momentos distintos, justamente para evidenciar as diferenças que deve haver entre ambos. Um dos resultados dessa discussão apontou para distorções desse trabalho na realidade das UBS.

Na seqüência, foram discutidas as propostas apresentadas pelos enfermeiros, conforme solicitado na reunião anterior, as quais resumidamente são:

- Melhorar as relações humanas no trabalho;
- Elaborar estratégias para viabilizar a realização de um trabalho em equipe em cada UBS;
- Promover atualização em serviço com todos os profissionais;
- Divulgar o regimento do serviço para esclarecer e orientar os profissionais quanto as suas competências;
- Implementar as ações específicas dos profissionais enfermeiros em todas as UBS;
- Formar grupos de estudo para profissionais, preparando-os para a educação à comunidade;
- Realizar educação continuada permanentemente, através da continuidade desse trabalho de construção coletiva;
- Oportunizar espaços para a troca de experiências entre os profissionais;
- Participar de eventos, com retorno ao grupo;
- Sistematizar e desenvolver a consulta de Enfermagem em todas as UBS;



- Planejar e desenvolver as ações dos alunos estagiários em conjunto com os profissionais das UBS;

Acrescentei as propostas:

- Favorecer a participação popular no planejamento e desenvolvimento de ações em saúde nas UBS;

- Favorecer a integração com professores e alunos;

Com grande satisfação, percebi o desejo do grupo em dar **continuidade ao processo educativo** que tive a intenção de desencadear com o presente trabalho. Tendo em vista essa disposição do grupo e a minha atuação no Conselho Municipal de Saúde, cuja incumbência, é entre outras, de acordo com o Ministério da Saúde (1980, p. 80), “verificar a qualidade da atenção à saúde”. Acreditando que, para isso, se faz necessário investir na qualificação dos recursos humanos, coloquei-me à disposição do grupo para contribuir no trabalho de educação continuada que os enfermeiros das UBS viessem a desenvolver. Além disso, prontifiquei-me a realizar contatos com enfermeiros especialistas que nos auxiliassem na descodificação das situações-problema, levantadas nesse processo.

#### **4.6 Avaliando o processo e encaminhando propostas de superação das situações-problema detectadas**

Nesse encontro, participaram oito enfermeiras. O objetivo foi refletir sobre o processo educativo vivido e propor estratégias de encaminhamentos para superação das situações-problema detectadas no trabalho da Enfermagem.

Entendo avaliação como um processo contínuo, no qual é possível saber o que se passou, em um tempo e espaço determinados e, também identificar os avanços, desvios e recuos. A avaliação permite, também, o reforço e as correções necessárias na atividade proposta.

A avaliação, durante todo o processo e nesse momento, caracterizou-se e caracteriza-se como uma forma de “ajuizamento da qualidade do objeto avaliado” (Luckesi, 1998, p. 33). Desde o primeiro encontro, através da problematização do objeto de

estudo, a realidade de trabalho dos enfermeiros nas UBS e as atividades foram orientadas no sentido de tomar posição a respeito dessa realidade, ou seja, aceitá-la ou transformá-la.

Os questionários a serem preenchidos, nos locais de trabalho, tiveram a intenção de subsidiar as reflexões coletivas e avaliar o desenvolvimento da metodologia utilizada nesse processo educativo. Assim, procurei, a cada etapa, deixar claro o que se estava fazendo e para onde pretendíamos nos encaminhar com os resultados desse processo. Nesse estudo, a avaliação caminhou ao lado da programação, mesmo assim, previ um momento específico para refletir e avaliar, com o grupo, as perspectivas de continuidade desse trabalho.

Esse encontro foi destinado à avaliação do processo educativo realizado pelo grupo de enfermeiras. O objetivo foi promover, no grupo, a reflexão sobre o processo realizado até esse momento e as possibilidades de continuidade desse trabalho, como considera Luckesi (1998), avaliar os caminhos percorridos e apontar os caminhos possíveis a serem perseguidos.

Após a exposição dos objetivos desse encontro, distribuí às participantes um questionário (anexo 8) para ser respondido individualmente e no local. Inicialmente, havia previsto realizar discussão a partir das respostas, porém, devido ao aborrecimento do grupo diante do término desse processo educativo, achei conveniente não realizar o debate. Contudo, a sua não realização não trouxe prejuízo às atividades propostas.

Por meio da análise desses questionários, muitos aspectos emergiram e foram considerados importantes, dentre eles focalizo os que se apresentaram com maior ênfase:

- Conhecimento de si e do outro;
- Estímulo e possibilidade de crescimento pessoal contínuo;
- Participação ativa dos sujeitos nas atividades desenvolvidas;
- Interesse demonstrado em mudar a prática profissional;
- Semelhança dos problemas vivenciados e convergência de idéias nos encaminhamentos de propostas de superação;
- Oportunidade de adquirir novos conhecimentos (saberes) para o aperfeiçoamento profissional;

- Possibilidade de vivenciar o uso de uma metodologia que, através da análise crítica do trabalho realizado nas UBS, possibilitou descobrir e encaminhar propostas de melhoria desse trabalho.

Foram explicitadas, também, resistências às mudanças, acomodação, ansiedades e divergências entre as participantes.

No entender de Jasmim: *“... apesar de importantes avanços no diálogo, ainda nos falta união e conhecimentos para enfrentarmos as diferenças pessoais e os problemas de nossa prática.”*

Cabe ressaltar uma questão levantada que, ao meu ver, merece uma reorientação a curto prazo:

*Girassol – “... a metodologia serviu para tomar consciência dos problemas vividos pelo grupo... grande parte do grupo não exerce ações previstas pela legislação da profissão...”*

O grupo percebeu que, através da construção dessa prática educativa, além da possibilidade de troca de idéias e experiências entre as colegas, foi possível não só refletir e repensar a prática profissional, como também apreender a real dimensão de algumas situações-problema levantadas pelo grupo.

Saliento, ainda, que em todos os encontros foi manifestado o desejo de desenvolvimento de processos educativos que permitam a continuidade das atividades iniciadas nesse círculo de cultura. A concretização desse desejo representa, para o grupo, a oportunidade permanente de instrumentalização da prática profissional.

A experiência vivida nesse processo representou, para o grupo, uma possibilidade de melhoria e desenvolvimento de suas competências pessoais e profissionais, o que se evidencia nos seguintes depoimentos:

*Girassol – “... abre horizontes e aparecem novas perspectivas de crescimento do grupo.”*

*Jasmim – “... aprende-se o respeito e a sabedoria ao trabalhar-se com as diferenças...”*

*Azaléia – “... dividimos os pesos e somamos as conquistas, através do desvelamento de situações e da clareza com que os fatos foram expostos...”*

*Margarida – “... refletir a maneira como estou trabalhando, o que poderei mudar ... e até já mudei algumas atitudes...”*

Conforme expressado nas falas seguintes, o grupo reconhece que, não basta tomar consciência das situações-problema, é preciso avançar no processo de conscientização, para encontrar formas de superá-las. A metodologia da problematização, utilizada nesse processo, serviu para o grupo reconhecer que a experiência vivida gerou um novo conhecimento (saber), que pode servir como um instrumento de trabalho do enfermeiro e ser repassado à equipe e aos usuários. Também, serviu para salientar que o cuidado realizado à população representa um constante aprendizado na prática profissional.

*Margarida – “... o nosso trabalho é uma constante troca com a comunidade... aprende-se com ela...”*

*Violeta – “... cada pessoa tem sua cultura e sua história, que precisa ser valorizada ... os auxiliares, também, precisam de atualização de conhecimentos, por isso o saber deve ser compartilhado...”*

*Flor-do-campo – “... foi colocado, claramente, no grupo o quanto nós enfermeiros temos o hábito de acreditar que detemos o conhecimento, que somos donos da verdade... não podemos, não devemos reter o conhecimento, mas levá-lo adiante, perpetuá-lo... se nos permitirmos trocar com o paciente, com certeza aprenderemos muito com ele.”*

*Petúnia – “... o saber deve ser socializado e compartilhado para realmente provocar mudança de comportamento... o cuidado à clientela é um constante aprender, pois lidamos com pessoas diferentes em momentos diferentes... por isso o aprendizado é permanente e contínuo...”*

*Girassol – “... se socializamos e compartilhamos experiências, estamos sempre trocando e aprendendo e constantemente crescendo...”*

Através dessas falas, bem como durante todos os encontros, mesmo que não tenha sido colocado de forma clara, sempre esteve presente o papel educativo do enfermeiro nas UBS. Através dos exemplos citados: educação de grupos de diabéticos, hipertensos,

palestras e conferências esporádicas, esse papel educativo parece estar mais voltado às demandas originadas nos programas instituídos. Nesses programas, a metodologia empregada é um conjunto de procedimentos de reprodução de conhecimentos já sistematizados, estando implícita a postura do profissional enfermeiro como educador, cabendo à clientela, segundo Manfredi (1986, p. 48), “o papel de agente receptor e não produtor de conhecimentos.”

Por outro lado, no depoimento abaixo, fica explícito que a função educativa do enfermeiro pode se consolidar através da busca e da utilização de processos educativos que desenvolvam competências para o conhecimento crítico da realidade e para a procura de respostas às situações-problema, em conjunto com a população.

*Girassol – “... os cursos de gestantes, de hipertensos, são as consultas coletivas, realizadas com integração da comunidade, trabalhando todos os segmentos através de relação dialógica e horizontal...”*

Nesse encontro, fui solicitada (pelo grupo) a elaborar a síntese das propostas pensadas pelo grupo para serem entregues à Secretária de Saúde do Município, por ocasião da posse da nova Coordenadora de Enfermagem. Então, redigi e apresentei o texto abaixo, o qual foi discutido com a Secretária e com os demais participantes da solenidade. Depois de problematizadas, todas as propostas foram aceitas, tendo sido discutidas as possibilidades, os limites e a operacionalidade de cada uma delas.

Idéias apontadas pelo grupo de enfermeiras (círculo de cultura) participantes do processo educativo, realizado em junho/julho de 1999, na Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Santa Maria (SMSMA).

As dezesseis (16) enfermeiras, com atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), entendem que:

- Para alcançar a **reorientação no modelo de assistência à saúde**, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e constante no Código de Ética da Enfermagem, é necessário o desenvolvimento de um **processo de construção coletiva**, em constante diálogo, do qual devem participar todos os profissionais das UBS, a administração da SMSMA e a comunidade;

- A formação permanente dos profissionais da saúde pode se desenvolver a partir da análise crítica da realidade do trabalho, realizado nas UBS;

- A construção de novas práticas em saúde pode ocorrer, inicialmente, em situações pontualizadas. Por isso essas enfermeiras, partindo da **reflexão crítica de sua realidade de trabalho**, através da problematização, tomaram consciência de problemas vividos pelo grupo e apresentam a seguinte proposta como real possibilidade para o momento:

Buscar a reorientação do perfil do enfermeiro na SMSMA, segundo as necessidades de saúde da população e as diretrizes legais vigentes, através de:

- **Continuidade do processo educativo iniciado**, por meio da análise crítica das situações-problema (temas geradores), identificadas no trabalho da Enfermagem na UBS, buscando apontar os pontos críticos que requerem fundamentação, revisão e superação de práticas;

- Oportunidades de reflexões teóricas sobre a **função educativa do trabalho do enfermeiro**;

- Participação em eventos, com subsídios pela SMSMA e compromisso de retorno ao grupo;

- Divulgação do Regimento da Coordenação de Enfermagem, provendo meios para sua implementação;

- **Promoção de educação permanente dos enfermeiros e da equipe de Enfermagem**, através de processo de construção coletiva, mediado pelo diálogo horizontal;

- **Implementação, nas UBS, das ações específicas do enfermeiro**, tais como: consulta de Enfermagem a indivíduos e grupos, estímulo à formação e acompanhamento de grupos da comunidade para a educação em saúde, visita domiciliar e cursos de educação em saúde.

Além dessas, foram também apresentadas propostas como:

- **Realizar o planejamento**, bem como o **desenvolvimento de ações nas UBS**, contemplando o processo de construção coletiva entre os profissionais, a representação comunitária e a administração;

- Fazer o planejamento das ações em saúde de acordo com as **necessidades da comunidade da área de abrangência, levando em conta o perfil epidemiológico**;

- Oficializar a delimitação de áreas de abrangência das UBS;

- **Contemplar a integração de docentes e alunos no planejamento e desenvolvimento de ações em saúde das UBS**;

- Propiciar aos **profissionais recém admitidos** programas específicos para o conhecimento e adaptação ao trabalho;

- **Refletir e construir, coletivamente, em cada UBS, o papel a ser desenvolvido pelos “administradores” e/ou chefes**;

O grupo considera **imprescindível a continuidade do processo educativo ora iniciado**, porque se faz necessária a fase seguinte, que é a do confronto crítico da realidade com outras áreas do conhecimento. Essa etapa pode apontar para novas propostas de reorganização do trabalho, desenvolvido nas UBS.

O grupo também acredita que, à medida que avança na construção desse processo, pode desenvolver habilidades dialogais e atitudes de solidariedade, espírito de equipe e cooperação na busca de soluções mais apropriadas aos problemas da equipe, e aos da população a ser assistida.

## CAPITULO V

### REFLETINDO SOBRE OS DADOS EMERGIDOS

*“Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias.”*

Paulo Freire, 1998b, p. 30



## **5 REFLETINDO SOBRE OS DADOS EMERGIDOS**

(Re)olhando, atentamente, para o produto das vivências construídas nesse processo educativo e de pesquisa, vejo-o revestido de grande relevância, porque permitiu aos sujeitos enfermeiros do círculo de cultura, através da análise crítico-reflexiva de si mesmos e de suas práticas profissionais, aprender, coletivamente, os conhecimentos e experiências concretas da realidade de cada um, visualizar possibilidades de mudanças e encaminhar estratégias para concretização dessas mudanças.

Esse estudo participativo exigiu articular, permanentemente, a prática da Enfermagem com as demais práticas da saúde e com outros setores da sociedade, para situá-la como um trabalho que se dirige a ajudar as pessoas usuárias a alcançar o que precisam para resolver os problemas que interferem em sua saúde e conseguir uma melhor qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o estudo permitiu evidenciar e redimensionar sentimentos e, também, fatos do cotidiano e as situações-problema, os quais, através da problematização adquiriram nova configuração tanto pessoal, quanto grupal. A partir daí, é que foram se construindo se as estratégias e os encaminhamentos possíveis às soluções.

Esse exercício crítico-reflexivo, realizado pelas enfermeiras através da problematização de fatos reais de sua prática, pareceu conduzi-las não só ao descobrimento coletivo dessa prática, mas principalmente à conscientização de que elas precisam desenvolver/conquistar o poder de serem sujeitos e não simplesmente objetos da construção de conhecimentos e da transformação do trabalho em saúde.

Durante todo o processo, como venho tentando mostrar no texto, fui articulando cuidadosamente as expressões faladas, escritas e gestuais das enfermeiras, entrelaçando-os com o pensamento de diferentes autores.

As reflexões, realizadas nesse processo, permitiram o emergir de muitos dados (temas geradores) que, penso, serem capazes de encaminhar a respostas de algumas inquietudes que acompanham esse grupo de enfermeiros.

As reflexões, realizadas nos diferentes momentos, foram gerando inúmeras situações-problema, todas intimamente articuladas em torno do tema: o que é, o que pode ser e o que deve ser o trabalho da Enfermagem nas UBS.

A análise dos dados foi sendo realizada no decorrer de todo o processo, de tal forma que, desde a composição do círculo de cultura, da descrição do contexto e da realização dos encontros, fui compondo uma rede de significados com as situações-problema emergidas. Algumas delas apresentam-se de tal forma interligadas que se tornou difícil separá-las ou iniciar suas decodificações. Isso significa dizer que, no limitado espaço de tempo desse processo educativo e de pesquisa, muitas situações-problema não puderam ser decodificadas devido à exigência de compreensão de outros dados e conhecimentos inter e multidisciplinares.

Conscientes desta limitação temporal, o grupo de enfermeiros, demonstrando interesse grupal de encontrar propostas viáveis a (re)orientação do trabalho da Enfermagem nas UBS, propôs formas de encaminhamentos para dar continuidade à decodificação das situações-problema não abordadas. Tal postura demonstra que esse estudo encaminhou-se não só ao levantamento amplo de situações-problema, mas privilegiou igualmente a descoberta de possibilidades de superação.

A essa altura, é importante lembrar que esse processo educativo, embora tenha sido voltado ao trabalho dos enfermeiros nas UBS, situa-se num movimento maior, isto é, no momento histórico do processo de municipalização da saúde no município de Santa Maria.

Assim, nesse capítulo, dentro de uma perspectiva dinâmica e processual de ação-reflexão-ação, pretendo avançar na reflexão dos dados, articulando-os com os objetivos, marco conceitual, referências teóricas e metodologia.

Levando em consideração que a metodologia problematizadora-conscientizadora indica ser preciso tomar como ponto de partida as experiências, o conhecimento dos sujeitos e, ainda, a situação concreta em que estes são gerados, optei por contribuir com o grupo analisando: o que é, e como é percebido o trabalho da Enfermagem nas UBS.

## 5.1 O trabalho

Neste tópico, o objetivo é começar a refletir sobre o trabalho, de modo a apreender o que é e compreender o sentido que é dado ao trabalho em saúde e em Enfermagem nas UBS. Essa reflexão será realizada com o auxílio de autores que se preocuparam e evidenciaram caminhos, por eles percorridos, sobre o mundo do trabalho em geral e, em especial, na saúde e na Enfermagem.

Nesse estudo, o trabalho da Enfermagem é visto como uma prática social que depende de outros trabalhos na sociedade, para cumprir sua finalidade que é atender às necessidades de saúde da população. Para tentar encaminhar um estudo dessa natureza, é preciso considerar a prática da Enfermagem enquanto trabalho e não somente como uma profissão conceituada, estabelecida por critérios técnico-científicos de competência e valores éticos profissionais. (Almeida & Rocha, 1997, Villa et al., 1997)

A palavra trabalho tem sido infinitamente pronunciada em nosso cotidiano, revestindo-se de um sentido vago e maleável. Se fizermos uma pesquisa entre as pessoas em geral e entre os trabalhadores da saúde, em especial da Enfermagem, pedindo que conceituem o que entendem por trabalho, certamente teremos as mais diferentes respostas, muitas vezes até ambíguas.

Se fizermos uma pesquisa, entre as pessoas usuárias dos serviços de saúde nas unidades básicas, pedindo que digam o que entendem por trabalho da Enfermagem, penso que teríamos, nas mais diferentes respostas, os pontos essenciais que serviriam para inúmeras reflexões e merecidas críticas, as quais podem e devem ser vistas como desafios a serem enfrentados pelos profissionais e pelos gestores.

As respostas aos questionamentos norteadores do processo educativo e investigativo desenvolvido, oriundas da revisão bibliográfica, podem ser tomadas para o

encaminhamento de algumas reflexões de carácter fundamentador e demarcador para esse estudo e, conseqüentemente, para o trabalho da Enfermagem na UBS.

Em consulta à Enciclopédia Mirador Internacional (1981, p. 10.963), encontrei, em algumas línguas da cultura européia, um apanhado de significados para a palavra trabalho e em todas elas, há mais de um significado.

Na língua indo-européia, a idéia de “trabalho ou ação produtiva” está associada a uma noção de ação, a de um produto, a de “sofrimento, padecimento”, a de “peso ou carga”.

Na raiz grega, *ergon*, além de significar ação, significa obra, coisa feita pelo exercício da ação. Para Hesíodo, “trabalho é oposição a estar em lazer, estar sem nada a fazer”, significa agir, estar ocupado, liga-se a idéia de “fazer coisas físicas”, como trabalhar a terra de forma penosa. Essa idéia de trabalho está associada ao tipo de trabalho de domésticos e de servidores do público: “com esforço e preocupação para dar todo o seu cuidado”.

No latim, *labos* é labor, fadiga, afã, trabalho. É, também, entendido como: tentativa, plano, projeto, obra, cuidado, empenho, sofrimento, dor, mal, doença, enfermidade, desventura, desgraça, infelicidade. Nessa perspectiva, tem a conotação de obra, mas também de “penas e riscos”.

No inglês, *work* é algo que se faz ou foi feito. Ato, feito, ação, atuação, “produto da ação ou labor de uma pessoa ou agente, a coisa feita, uma criação, uma coisa feita manualmente”.

Nas línguas românicas, trabalho provém do verbo *tripaliare*, do latim *tripalium*, espécie de cepo ou instrumento de tortura. Assim, inicialmente, a idéia é de tortura, sofrimento, evoluindo para a de esforçar-se e, posteriormente, à de laborar, obrar.

Em consulta ao Dicionário Mirador, trabalho significa ocupação, esforço, luta, lida. É o exercício físico ou intelectual do homem para fazer, ou conseguir, alguma coisa para si e/ou para seu grupo social. É um tipo de ação, no qual o homem atua de acordo com certas normas sociais, sobre uma dada matéria para transformá-la. É a aplicação da atividade humana a qualquer exercício de carácter físico ou intelectual. (1981, p. 1.724-25)

Conforme o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (Ferreira, 1986, p. 1.695), trabalho significa aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim. Atividade coordenada de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento: “trabalho especializado; trabalho de responsabilidade”. Trabalho é atividade que promove o aprimoramento ou o treinamento, tanto físico quanto intelectual do ser humano. É o fenômeno ou conjunto de fenômenos que ocorre em um organismo e de algum modo lhe altera a natureza ou a forma. No sentido econômico, trabalho é a atividade humana, realizada ou não com o auxílio de máquinas e outros instrumentos, destinada à produção de bens e serviços.

Na definição explicitada por Marx (1987), trabalho é um processo entre o homem e a natureza, através do qual o ser humano com sua ação, realiza, regula e controla seu intercâmbio material com essa, sendo que ao “atuar sobre a natureza modificando-a, ao mesmo tempo modifica a sua própria natureza”. (p. 202)

Marx pressupõe o trabalho como uma atividade exclusivamente humana, orientada pela inteligência, atributo especial da espécie humana, portanto uma atividade proposital, por isso afirma “a consciência se constitui na lei determinante do processo de trabalho” (1987, p. 202), isto é, no fim do processo de trabalho aparece um resultado, produto do que já existia antes, idealizado na mente do trabalhador. Este produto, exteriorizado, permanece no tempo e no espaço independente da vontade do seu criador, passando a fazer parte do mundo. Assim, o trabalho humano se diferencia do trabalho dos outros animais por ser eminentemente criador e caracterizar-se pela intencionalidade do homem, que dirige o trabalho sempre à busca de atendimento a algum desejo, necessidade ou carecimento.

O trabalho humano vai além da simples relação do ato de transformação de algo entre um sujeito e um objeto. Segundo Codo, citado por Soratto & Heckler (1999), no trabalho humano ocorre uma terceira relação que é o signo que fica, isto é, o significado que aquela ação representou para o trabalhador. Esse significado, por sua vez, se transforma e é transformado pela ação recíproca do sujeito e do objeto, permanece além e apesar dos atores e da relação que existiu entre eles, transcendendo para além de si mesmo

pois envolve salário, técnica e mercado. Assim, segundo o autor, “o significado do trabalho é eterno” e passa a fazer parte da vida e da história dos seres humanos. (p. 112)

Nesta direção, Braverman (1987) reafirma o pensamento de Marx ao observar que o homem tem além do poder de impulsionar e decidir o intercâmbio que fará com a natureza, também o de decidir e definir como se dará o uso de sua força de trabalho. Isso significa dizer que o homem ao realizar o trabalho tem a capacidade de decidir o que ele vai fazer, o que ele quer fazer e o que ele consegue fazer em determinada ação, imprimindo nesse processo e produto, o seu projeto idealizado. Segundo Marx (1987), o projeto idealizado se constitui na “lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade”. (p. 202)

Assim, o homem tem a força e a capacidade de adaptar e de dirigir o seu processo de trabalho ajustando-o as suas capacidades e limitações, tendo como ponto de partida alguma insatisfação que gera necessidades. Disso depreende-se que o fim ou finalidade de criar, produzir ou transformar algo existe porque há carecimentos, necessidades individuais ou coletivas.

Como nesse estudo pretendo refletir sobre o processo de trabalho da Enfermagem, faz-se necessária a compreensão dos elementos que compõem esse processo. Todo o trabalho intelectual ou manual, segundo Marx (1987, p. 202), enquanto processo, inclui elementos que guardam relações entre si:

- “A atividade humana, exercida sobre uma matéria adequada a um fim – isto é o próprio trabalho;
- O objeto de trabalho – é a matéria que o homem transforma por sua atividade, ou a matéria a que se aplica o trabalho;
- Meios de trabalho – conjunto de instrumentos utilizados para transformação do objeto, isto é, o instrumental de trabalho”.

Qualquer processo de trabalho pode se desenvolver mantendo a unidade entre a concepção e a execução, mas também essa unidade pode ser dissolvida, isto é, uma idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra, por meio de uma ação comandada.

Assim, entende-se que o trabalho constitui-se em uma ação ou obra idealizada, conscientemente desejada, desempenhada por seres humanos e dirigida para uma dada finalidade. Na sua execução, há sempre dispêndio de energia física e intelectual, é necessário o auxílio de algum tipo de instrumento e há produção de efeitos sobre o trabalhador. Percebe-se que, através do trabalho humano, sempre há por um lado uma certa utilidade de seu produto e por outro uma relação progressiva de domínio da natureza.

Acrescento a idéia de Fromm apud Maravall (1986) quando lembra que o trabalho não é, para o homem, apenas uma atividade para atender suas necessidades, é também, um processo de progressivo conhecimento em que o homem cria formas de controle da natureza, motivado pelas diversas necessidades humanas que surgem no decorrer das relações sociais estabelecidas. Portanto, depreendemos que o trabalho não é apenas uma atividade inevitável para garantir as necessidades de sobrevivência básicas, também, é um processo contínuo de transformação e libertação do homem em relação à natureza.

Nessa compreensão, o homem pode se fazer sujeito de seu trabalho, à medida que pensa, decide, determina, age, cria conhecimentos, realiza obras ou ações, a partir de suas decisões e determinações. Para reforçar essa idéia, cito Ramos (1996) quando analisa que o resultado da ideação e ação do sujeito, ou o fruto de seu trabalho, passa a delinear a essência do ser humano, isto é, ao fazer algo “faz a si mesmo, ao seu mundo concreto, à sua história”. (p. 106)

Uma versão ideologicamente contrastante com essas que tenho tentado refletir, até o momento, é o processo que se inicia no período manufatureiro, no início da revolução industrial, com profundas repercussões nas formas de produção e, conseqüentemente, na vida dos trabalhadores.

Fica claro, então, que nessa modalidade não é só o trabalho que é parcelado e dividido, é o próprio trabalhador que é fragmentado e mutilado, ao ser reduzido a uma parcela de si mesmo, sendo o trabalho apenas como modo de viver para o trabalhador.

Rodrigues (1994) cita Smith (1794) como idealizador da especialização das etapas da produção para alcançar maior destreza do trabalhador e diminuição do tempo de produção; cita Taylor (1856-1915) como reforçador dessa ideologia ao iniciar, no século XIX, o movimento de administração científica do trabalho. Taylor, em 1912, publica suas

idéias concebendo o trabalho a partir de tempos e movimentos, predominando a atenção para o método, para os movimentos necessários à execução de uma tarefa e para o tempo médio dispensado para sua execução. Segundo Iida (1995, p. 4), Taylor preconizava uma divisão de “responsabilidades entre os trabalhadores e a gerência da fábrica, cabendo a esta determinar os métodos e os tempos, de modo que o trabalhador pudesse se concentrar unicamente na sua tarefa produtiva.” Na verdade, nesse modelo, apenas a gerência é que determinava o método de realizar o trabalho, não permitindo ao operário a participação na escolha de nenhuma etapa de elaboração de seu trabalho.

Nesta época, inicia-se um processo de trabalho que se constitui por coletivos de trabalhadores em que cada um exerce parte de um trabalho. Nessa modalidade, os indivíduos são divididos, classificados e agrupados de acordo com as capacidades predominantes de cada um, implantando-se, assim, a “divisão do trabalho” que traz, como consequência, o desenvolvimento de força de trabalho específica para algumas funções e, ainda, a “hierarquia das forças de trabalho” (Marx, 1976, p. 22). Essas características do trabalho, surgidas da manufatura, segundo Marx, não só isolam impiedosamente o trabalhador da sua capacidade de realizar um trabalho integral, como também reduzem ou anulam o autodesenvolvimento. Ocorre, daí, a divisão dos trabalhadores em hábeis e não hábeis e, com tal divisão, a diminuição ou o desaparecimento da necessidade de aprendizagem e, por conseguinte a força de trabalho perde o valor para o capital. Em decorrência, os conhecimentos e a inteligência dos trabalhadores não são desenvolvidos, nem sua vontade é respeitada, pois são desnecessários ao trabalho que realizam.

Segundo Guareschi & Grisci (1993), com estes princípios da divisão do trabalho em tarefas simples e previamente definidas e a com a utilização da mão-de-obra não especializada, foi refutada toda a possibilidade criativa do homem para a concretização do trabalho, e maximizada a produção de mais valia que contribuiu aos objetivos do capital.

Conforme esses autores, essa concepção foi predominante no final do século XVIII, no século XIX e até meados do século XX, com objetivo claro de, voltado à elevação da produtividade, dar maiores ganhos aos detentores do capital, através da racionalização do trabalho às custas da alienação e espoliação do trabalhador.



Assim, vemos que várias são as definições e as tendências que visam a expressar o que é o trabalho. O trabalho pode ser entendido como um processo exclusivamente humano, consciente e proposital, como parte integrante da própria vida das pessoas, como refere Marx. Já na visão ideológica do capitalismo industrial, reforçada pelo taylorismo, que vê o trabalho como um processo contínuo, fragmentado, organizado de tal forma a impor ao trabalhador, através de vigilância rigorosa, o aumento da produção da empresa, despojando os trabalhadores de seu controle sobre o produto e o processo de produção, alienando-os.

Almeida & Rocha (1997) nos auxiliam a compreender a prática da Enfermagem como um trabalho integrado ao processo de trabalho em saúde, sendo este articulado a outros elementos da sociedade, mantendo relações de dependência e de determinações recíprocas. Essas autoras, a partir dos trabalhos de Mendes Gonçalves, estudaram a organização tecnológica da prática da Enfermagem, ou seja, identificaram não só a finalidade, as tecnologias, o objeto e os agentes desta, como sua relação e articulação com outros trabalhos e setores da sociedade capitalista.

Com esse entendimento, não é possível tratar a prática da Enfermagem em momentos e ações isoladas, já que, como atividade humana, não prescinde das relações tanto objetivas quanto subjetivas das pessoas entre si, no decorrer dessa prática. Assim, para falar do trabalho da Enfermagem nas UBS, entendo que é preciso compreendê-lo como uma prática articulada técnica e socialmente, que tem a finalidade de intervir sobre a saúde e a doença das pessoas, variando em diferentes épocas e contextos sociais.

Nesse sentido, segundo Mendes Gonçalves (1994), no processo de trabalho em saúde e em Enfermagem visualizam-se as características fundamentais do trabalho humano: a socialidade e a historicidade. Essas características do trabalho podem ser melhor entendidas se olharmos a prática da Enfermagem realizada através de fases de um processo, construído por vários agentes que vivem e trabalham em grupos organizados, que identificam e produzem ações sempre dirigidas à satisfação de necessidades coletivas, as quais, por serem históricas estão sempre em mudança.

Mendes Gonçalves sintetiza a idéia de socialidade e historicidade ao afirmar que: dadas as características do trabalho humano por produzir sempre face às necessidades

sociais, por relacionar os homens através de seus produtos, por relacioná-los conforme o grau de domínio que têm (ou deixam de ter) das condições do trabalho, o processo de trabalho humano, é antes de tudo, um processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços. (p. 10)

Nessa concepção, o processo de trabalho em saúde/Enfermagem precisa ser compreendido como uma prática social, isto é, uma forma especificamente humana de uma pessoa satisfazer as necessidades de outrem, surgidas conforme o modo de vida social construído, em um determinado espaço social concreto.

Assim, para entender a prática cotidiana da Enfermagem, nessa perspectiva, é preciso visualizar as relações que se estabelecem além dessa prática em si mesmas, como ainda é muito comum. É preciso que esse olhar seja dirigido às relações dos profissionais da área da saúde com outros setores da sociedade, considerando esta “como um todo indivisível de entidades e significados.” (Egry, 1996, p. 81). Essa autora afirma que, para apreender as ações de Enfermagem em uma realidade objetiva em sua totalidade, é preciso aproximar essa realidade a “três dimensões: estrutural, particular e singular.” (p. 84)

A dimensão estrutural se refere às questões mais gerais e amplas da sociedade, quais sejam: processos de desenvolvimento da capacidade produtiva, das relações de produção, da formação econômico-social e das políticas ideológicas. Esta dimensão está, nesse caso, mais distante do objeto de estudo.

A dimensão particular compreende os processos de produção da reprodução social que se manifestam nos perfis epidemiológicos de uma realidade os quais são integrados pelo perfil social da classe, o perfil saúde/doença e ainda pelas práticas realizadas nos serviços de atenção à saúde, bem como ideologias que norteiam esses serviços.

A dimensão singular compreende os processos que determinam o modo de viver, adoecer e morrer das pessoas. Nessa dimensão, a autora compreende, também, os “processos de trabalho específicos de uma unidade ou setor assistencial dentro dos serviços”. (p. 85). Essa dimensão corresponde àquilo que é mais específico e próximo do objeto em estudo.

A exposição da autora conduziu-me à compreensão de que, para apreender o trabalho da Enfermagem nas UBS, é preciso conhecer a essência dessa prática, relacioná-la com as demais práticas da área da saúde e com disciplinas afins; essas todas, como partes integrantes da sociedade.

Pires (1999, p. 29) afirma que o trabalho da Enfermagem é um trabalho essencial à vida humana. Neste trabalho, o produto é indissociável do processo que o produz e se completa no ato de sua realização, “é a própria realização da atividade ... não gera produtos materiais”. Esse trabalho exige dos trabalhadores um saber tecnológico, capaz de oferecer serviços voltados à busca da melhoria da qualidade de vida para as pessoas, em seu contexto ambiental e comunitário.

Também, para auxiliar as reflexões das ações e os serviços da Enfermagem, nesse estudo, dirijo o olhar para a organização do trabalho da Enfermagem dentro das práticas de saúde, conforme orienta o Núcleo de Estudos e Pesquisas do Grupo Práxis (Leopardi, 1995), que vem se dedicando à produção científica e às propostas políticas para a Enfermagem enquanto trabalho. Assim, conforme essa autora, parto da idéia de que o trabalho da Enfermagem é constituído por três processos particulares e articulados, cada qual com suas características que, em seu conjunto, definem melhor a assistência de Enfermagem. Estes processos são: cuidado a sujeitos individuais ou coletivos, com necessidades de saúde; administração da assistência; educação para a saúde.

Ainda, conforme Leopardi (1995), o estudo do trabalho genérico e a compreensão do que é a assistência de Enfermagem, no conjunto desses três processos específicos, “além de definir melhor o que é contribui para a transformação da prática político-técnica dos trabalhadores ... com seus emaranhados articuladores e seus desvios éticos e estéticos”. (p. 18)

## **5.2 Refletindo sobre o cotidiano do trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**

Minha intenção, ao descrever sobre alguns dados, frutos de um processo crítico reflexivo, é dar a conhecer este trabalho sob um olhar não convencional, o qual nós trabalhadores de saúde/Enfermagem pouco estamos acostumados. Faço-o com a convicção

de que estes, por serem emergidos de um grupo de enfermeiros comprometidos com sua prática profissional, possam converter-se em instrumentos de análise reflexiva aos demais profissionais da área da saúde. Penso, também, que essas reflexões podem despertar a necessidade de um diálogo crítico a respeito das ações pontuais, pouco contextualizadas, com as quais realizamos nossos serviços de atenção básica; bem como podem desencadear as conseqüências que se originam com nosso apoio tácito ou explícito.

De nenhum modo as descrições que seguem devem ser tomadas como críticas a comportamentos individuais, a grupos profissionais ou à administração da SMSSM. Tampouco penso que, a curto prazo, possamos obter modificações no que é, no que pode, no que deve ser o trabalho da Enfermagem e no comportamento institucional como um todo, apesar das determinações constitucionais e movimentos comunitários importantes que clamam por mudanças substanciais. Diante disso, não tenho dúvidas a respeito da necessidade de um diálogo crítico reflexivo que comece a desvendar as dificuldades que todos nós profissionais, usuários e administradores enfrentamos no cotidiano. Assim, espero que as reflexões, construídas a partir da disposição e interesse de um grupo de sujeitos enfermeiros, façam parte do debate necessário ao direcionamento da organização e da oferta de serviços condizentes com as necessidades e aspirações dos cidadãos santamarienses.

A reflexão sobre os dados emergidos nesse processo educativo e investigativo, o qual teve como ponto de partida **o que é e como é percebido** o trabalho da Enfermagem nas UBS, seguirá pela linha de pensamento que vê o trabalho da Enfermagem como uma prática social, isto é, como um processo dinâmico e contraditório, que se articula com outras atividades do setor da saúde e da sociedade e que tem como finalidade atender as necessidades de vida e de saúde do ser humano. Essas práticas são construídas por sujeitos com saberes profissionais específicos e por sujeitos usuários que procuram esses serviços para satisfazer suas necessidades de vida e de saúde. Essa reflexão guia-se pelo pensamento de Almeida & Rocha (1997), Pires (1999), Leopardi (1995ab), Capella & Leopardi (1999), autoras de estudos sobre o trabalho da Enfermagem.

Antes de começar a apresentação das reflexões sobre o trabalho da Enfermagem realizado nas UBS, considero importante registrar a ocorrência, em todos os encontros e,

também, nos instrumentos de coleta de dados, de dificuldades apresentadas pelas enfermeiras para expressar seu pensamento a cerca do que é seu próprio trabalho.

A maior parte das enfermeiras expressou ter dificuldades de colocar em palavras o que é o seu trabalho no cotidiano. Assim, num primeiro momento, os diálogos tomaram o rumo do autoquestionamento sobre quais são e como se desenvolvem suas atividades no dia a dia. Foi embaraçoso compreender essas dificuldades, uma vez que se tratava de falar e escrever sobre uma questão tão real do cotidiano. Inicialmente, tive a sensação de que alguns sujeitos enfermeiros, embora dispostos a participar do processo educativo, sentiam-se pouco à vontade para olhar e refletir sobre o que faziam em sua prática profissional. Essa reação conduziu-me a imaginar que as enfermeiras estavam receosas de que dando a conhecer a realidade de seu cotidiano de trabalho, trouxessem à tona seus próprios limites técnico-profissionais e, ainda, todos aqueles conflitos peculiares às relações interpessoais no trabalho, originados pelas diferentes visões de mundo.

Minha impressão inicial veio a confirmar-se no decorrer do processo, tanto que convivemos com vários momentos de tensão, principalmente ao lidarmos com situações-problema que envolviam limites de conhecimentos científicos e técnicos; relações interpessoais e institucionais; conflitos de valores e princípios. Os momentos de tensão foram sendo superados, à medida que era oportunizada a abertura de espaços para o reconhecimento de situações-problema, vividas no trabalho, as quais originavam conflitos e questionamentos.

Ao refletir sobre esta questão, penso na formação profissional tecnicista dos enfermeiros. Foi possível notar a preocupação das enfermeiras do círculo de cultura, em procurar respostas para as necessidades de saúde da população. No entanto, percebi no decorrer do estudo, que as respostas a essas necessidades têm sido, predominantemente, voltadas a procedimentos de intencionalidade técnica com um fim em si mesmo. Tal fato obscurece as razões e propósitos histórico-sociais contidos no saber fazer técnico, ou no agir da profissão.

Assim, parece que um dos problemas que precisa e que pode ser desvendado é procurar se entender a finalidade do trabalho da Enfermagem, é dar respostas às necessidades de saúde da população através de ações de natureza técnico-científica e,

simultaneamente, “favorecer a construção ético-política do modo social de viver”. (Schraiber et al., 2000, p. 229)

Para atingir o intento, é preciso que os profissionais sejam preparados para um agir que contemple a intencionalidade e o poder de sujeitos de saber tecnológico. Com isso quero dizer que tais profissionais precisam ter o conhecimento de como se faz a ação (saber tecnológico) estritamente vinculada ao conhecimento do porquê e para que será feita tal ação.

Na perspectiva de analisar as experiências desses sujeitos no decorrer do processo educativo, foi preciso, inicialmente, que nos déssemos conta de quem somos, o que fazemos no trabalho e como compreendemos essa realidade. Segundo Freire (1998b, p. 30), “o homem tende a captar uma realidade fazendo-a objeto de seus conhecimentos. Por isso, a consciência reflexiva deve ser estimulada” para “conseguir que o educando reflita sobre sua própria realidade”. A tentativa de compreender o trabalho dos enfermeiros nas UBS, foi amparada, como já disse anteriormente, pela proposta educacional de Paulo Freire, a qual se insere numa reflexão acerca de diversos graus de compreensão da realidade. Esses graus ou níveis de consciência, devem ser situados dentro de seus condicionantes histórico-culturais. O autor apresenta-nos três níveis de consciência para entender-se a realidade: a intransitiva ou mágica, a transitiva ingênua e a crítica.

A consciência intransitiva é aquela que se caracteriza por uma centralização de interesses e percepções, na esfera das necessidades básicas vitais. Nesta, a consciência da pessoa não capta as verdadeiras causas dos fatos. Tudo na vida acontece por acaso, como uma espécie de mágica, daí a denominação consciência mágica.

A consciência transitiva ingênua ocorre quando as pessoas ampliam a capacidade de percepção e de resposta a questões, além das necessidades físico-biológicas. Essa fase implica em a pessoa sair de si, dialogar com os outros e com o mundo; portanto, em refletir e agir, em suma fazer sua história. É a primeira tomada de consciência da realidade, os problemas são investigados em um nível superficial e sua análise é simplista e pouco consistente. Pessoas, nesse estágio de consciência, trocam o diálogo pela polêmica e são facilmente manipulados.

Segundo Freire (1998b, p. 39), “o homem é consciente na medida em que conhece e tende a se comprometer com a própria realidade”. À medida que se amplia a capacidade de percepção e de respostas, compromissadas com a busca de mudanças sociais e políticas, evoluímos ao nível de consciência crítica.

A consciência crítica, para Freire, é a consciência do ser humano como sujeito da ação que realiza, inserido no seu contexto e integrado no processo histórico.

Como foi dito anteriormente, esse estudo partiu das colocações acerca das práticas cotidianas, cujas ações foram expressas pelos enfermeiros, isto é, o que eles, concretamente realizam e como percebem essas ações.

Em um primeiro momento, as enfermeiras listaram as práticas, refletiram sobre elas e expressaram o seu entendimento, configurando-se, assim, duas interpretações distintas para as práticas da Enfermagem nas UBS:

1. A maioria das enfermeiras realiza ações que apontam para uma prática descontextualizada, pontual, evidenciando uma consciência “ingênua” diante dos fatos do cotidiano (Freire, 1998b), como atesta Jasmim: “*Acho que a grande maioria está na consciência ingênua...*”.

2. Um número mais reduzido de enfermeiras demonstra ultrapassar essa posição, alcançando um olhar mais crítico sobre sua prática, ao realizar ações que visam a não só resolver os problemas imediatos de saúde das pessoas, como também procuram buscar as causas destes no ambiente, relacioná-las com as questões sociais, políticas e econômicas da sociedade em que estão inseridas e propor formas de superação.

Consoante com isso, as ações descritas com maior frequência são:

- Controle da PA e orientações gerais sobre HAS;
- Orientações a diabéticos, puérperas (estimulando o aleitamento materno), entrega de medicação;
- Consulta de Enfermagem ao adulto (gota e hipercolesterolemia);
- Reunião com grupos de hipertensos, diabéticos e anticoncepção;
- Consulta de Enfermagem ao RN (orientações e peso);

- Triagem pediátrica, pré-consulta médica;
- Consulta de Enfermagem (pediculose, escabiose, impetigo, crescimento e desenvolvimento);
- Pesagem das crianças para o programa do leite;
- Imunizações e orientações para reações;
- Curativos, retirada de pontos, nebulizações;
- Administração de medicações, insulina e entrega de medicamentos;

Essas ações evidenciam que a prática que esses enfermeiros realizam está centrada nos procedimentos técnicos, reduzida a vacinas, curativos e outras técnicas exigidas pela livre demanda, tidas como pronto atendimento (mesmo as agendadas). Essas técnicas são decorrentes, principalmente, da consulta médica, já que esta é a atividade central dos serviços oferecidos nessas UBS. Estas ações técnicas são voltadas, preferencialmente, ao cumprimento de prescrições médicas dadas a pessoas debilitadas ou adoecidas fisicamente, que procuram os serviços de saúde.

Outras ações, por exemplo: distribuição de medicamentos, pesagens, orientação ao uso de medicamentos, são procedimentos que visam a dar conta da demanda, originada dos programas instituídos a doentes crônicos (diabéticos, hipertensos) e desnutridos. Essas ações, portanto, são de caráter curativo imediato e não buscam as causas que desencadeiam os problemas de vida e saúde das pessoas. Ficou evidenciado que esse grupo desenvolve suas práticas geralmente desvinculadas do conjunto de outras práticas de atenção à saúde, como também de outros setores da sociedade.

Não fica difícil entender esse tipo de prática se o relacionarmos com o modelo de atenção à saúde vigente nas UBS, conforme atestam as enfermeiras em resposta às perguntas (anexo 5):

- *O modelo de assistência é, predominantemente, centrado na atenção médica individual, curativo, especializado e fragmentado.*
- *O objetivo do trabalho é atender a demanda espontânea da população que nos procura em busca de tratamento para suas doenças físicas.*



Esse modelo de atenção à saúde, desenvolvido nas UBS, é reforçado por Jasmim ao afirmar que “... o trabalho da enfermeira é curativista, burocrático... a prevenção centrada, basicamente, em imunizações” e sustentado por Girassol, que vê as “... ações muito segmentadas... o diabético, o hipertenso e não o ser humano integral, como deveria ser.”

Esse tipo de trabalho não tem proporcionado satisfação e prazer às enfermeiras, conforme evidencia Flor de Cactos: “*Eu fico chocada, porque há coisas que a gente sabe que não são para serem feitas daquele jeito... dentro de ti, tem algo que diz que poderias fazer diferente... no dia a dia, a coisa é diferente.*”

É possível perceber, nas entrelinhas, o esforço que as enfermeiras fazem para realizar essas ações pontuais, voltadas à satisfação de necessidades momentâneas das pessoas. No entanto, com frequência, até mesmo este trabalho fica na dependência dos recursos humanos e materiais existentes e da organização dos serviços. Como atestam os depoimentos:

*Azaléia – “... Eu fui colocada dentro de uma sala de vacinas sem treinamento... eu só via o posto de dentro da sala de vacinas... o meu trabalho está tão direcionado...”*

*Jasmim – “... O que se faz são ações isoladas, até porque não tem estrutura, não tem material... não se tem base...”*

As práticas de Enfermagem, efetivadas de forma parcelada ou fragmentada, demonstram o não questionamento dos reais fatores que determinam as necessidades de saúde, pouco contribuindo para a melhoria das precárias condições de vida da população. Igualmente, não ficou demonstrado haver relações entre os elementos do processo de trabalho na Enfermagem, conforme descritos por Rosa (1989), Leopardi (1995ab), Capella & Leopardi (1999) e Pires (1999). Esses elementos são a **finalidade**, o objetivo que orienta a ação de cuidado; o **objeto**, a pessoa ou grupo para os quais se realiza uma ação de cuidar; os **instrumentos**, os saberes e os materiais e equipamentos necessários para realização deste cuidado; a **força de trabalho**, representada pelas pessoas envolvidas no ato de cuidar; o **produto final**, a satisfação da necessidade detectada pela finalidade.

Essas autoras compreendem ser imprescindível a inter-relação permanente entre esses elementos, para tornar a atividade útil ao sujeito que dela necessita. Concordo com as autoras e entendo que, para que o trabalho da Enfermagem resolva e contribua com a melhoria de vidas pessoas, não basta o profissional ser competente tecnicamente, ele deve ter clareza da finalidade do seu trabalho, considerar a pessoa com necessidades de saúde como centro da atenção e, ainda, ter presente que o produto da ação é consumido durante sua realização.

É importante considerar que, em vários momentos do processo educativo, os enfermeiros se referem a um processo de cuidar voltado às necessidades da clientela usuária. No entanto, olhando com atenção os registros feitos no decorrer desse processo, o que se percebe é a busca de realização cuidadosa dos procedimentos, até um certo “rigorismo” em relação às técnicas realizadas no dia a dia, sem verificar, no entanto, se estes procedimentos atingem a finalidade esperada ou desejada pela pessoa usuária.

Sabe-se que as ações em saúde - centradas nos procedimentos com um fim em si mesmos, isto é, esgotando-se ao término destes, como se a finalidade da ação de Enfermagem fosse o cliente vacinado, com o curativo feito e, também, algumas palestras proferidas -, não são suficientes para um trabalho comprometido com a busca das causas que geram problemas à vida/saúde das pessoas. Essa forma de cuidar é comum nos serviços de saúde oferecidos, por isso não se torna estranho tal procedimento, podemos dizer que é o esperado pela maioria dos usuários desses serviços.

Embora inquestionável seu efeito de proteção imediata à saúde com a cura dos sintomas, esse tipo de ação não contempla as necessidades mediatas de vida e saúde dos usuários.

Concordo com Mehry (2000), quando afirma que é preciso olhar de uma forma mais abrangente do que àquela que, comumente, temos admitido em nosso cotidiano, ou seja, “trabalho igual a ações produtora de bens (vacinas, curativos, palestras sobre saúde, procedimentos de urgências)”. Para esse autor, o trabalho em saúde produz, em última instância, um certo modo de cuidar que poderá, ou não, ser “curador ou promovedor da saúde” (p. 307).

Nessa linha de pensamento, o trabalho em saúde/Enfermagem, para produzir saúde, “implica que o processo de produção desse trabalho impacte ganhos ou recupere graus de autonomia” no modo das pessoas conduzirem sua vida (p. 307).

Dessa assertiva, depreende-se que a finalidade do trabalho em saúde/Enfermagem deve estar dirigida à busca de atenção às necessidades objetivas e subjetivas de vida e saúde das pessoas e de suas famílias em seus contextos sociais.

Capella & Leopardi (1999) explicitam muito bem como conduzir um trabalho de Enfermagem de modo a atingir sua finalidade. Para isso, orientam que é preciso primeiro saber quais as necessidades que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde para chegarmos à finalidade do trabalho. As autoras afirmam que “não há modo de definir a finalidade de uma ação sem conhecer a necessidade que a determina” (p. 146). Mostram claramente que, no trabalho da Enfermagem, não é possível desvincular a finalidade da necessidade de saúde, expressa pelas pessoas, ao referirem que “a necessidade espelha de imediato o fim a que se destina aquela ação e (...) a necessidade satisfeita é a própria finalidade de uma ação” (p. 146).

É sabido que grande parte das necessidades de saúde, em nosso país, são de ordem social, econômica e política; portanto, os trabalhos em saúde precisam olhar para além das queixas do momento que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde.

Dessa forma, ao considerarmos saúde/doença como um processo resultante das condições de vida, é preciso ter em mente que não basta realizar ações tipo pronto atendimento, que dão conta apenas das necessidades imediatas expressadas pela clientela, devemos buscar ações mais abrangentes, no sentido de identificar as causas dos problemas de saúde e apontar formas de superação.

Historicamente, neste município, a característica central de atendimento nas UBS é a demanda espontânea, tendo como ação nuclear a consulta médica voltada às queixas e aos problemas individuais dos usuários. Não é prática comum nem o acompanhamento ao usuário em seu ambiente, nem a busca das causas sociais, econômicas e políticas de seus problemas.

Como os profissionais de Enfermagem integram o coletivo de profissionais da saúde, têm desenvolvido, via de regra, um trabalho voltado a proporcionar a complementaridade da consulta médica, isto é, o de assegurar a infra-estrutura de material, de pessoal e de organização da unidade.

Dessa forma, as enfermeiras, também, realizam as atividades administrativas abaixo referidas:

- *Pedidos de medicamentos e outros materiais;*
- *Relatório de estágio probatório;*
- *Supervisão do serviço de limpeza;*
- *Fechamento de relatórios de programas (IRA, mulher, diabetes, HAS);*
- *Agendamento de consultas para especialidades;*
- *Encaminhamento de documentos administrativos;*
- *Escalonamento dos auxiliares de Enfermagem;*
- *Supervisão de estágios voluntários;*

Essas ações referem-se à organização e ao desenvolvimento das atividades meio, isto é, preparo da estrutura para atendimento médico, administrativo e assistencial do tipo pronto-atendimento.

Algumas enfermeiras apontaram dificuldades nas práticas cotidianas, com frequência, ocasionadas pelas limitadas condições de trabalho, principalmente relacionadas ao gerenciamento do serviço. As situações-problema, levantadas no segundo encontro no círculo de cultura, evidenciam essas dificuldades:

- Falta de gerenciamento nas UBS (chefias administrativas sem qualificação para o cargo);
- Falta de organização no trabalho;
- Inexistência de uma filosofia de trabalho na instituição;
- Falta de política de pessoal;

Contribui, ainda, para o agravamento desses problemas, o fato de as enfermeiras verem-se impelidas a executar atividades burocráticas, de modo a dar andamento ao trabalho da UBS. Caracterizam bem esse dilema, as palavras de:

*Gerânio – “A gente deixa de desempenhar muitas atividades que, realmente, são da enfermeira em função da parte burocrática.”*

*Flor de Cactos – “... há coisas (ações) que a gente sabe que não pertencem ao trabalho do enfermeiro ... colocam (papéis) em cima de tua mesa, já estão te pedindo para fazer ... a gente vai se sobrecarregando ... com outras ações que não são as do enfermeiro...”*

Percebemos que há uma expectativa da instituição sobre o trabalho do enfermeiro, isto é, este deve se envolver, concomitantemente, com ações assistenciais e administrativas, mas deveria haver dedicação exclusiva à assistência dada a grande demanda, pois há pessoas designadas para desempenhar tais atividades administrativas.

Apesar de as enfermeiras julgarem essas tarefas importantes e necessárias, as ações educativas individuais e grupais são mais ainda, pois são incipientes, estão vinculadas aos programas instituídos e às consultas médicas, que são feitas antes e depois dessas ações.

A seguir, cito exemplos de ações educativas, apontadas pelas enfermeiras, em resposta a questionário (anexo 5):

*“Orientações gerais sobre hipertensão arterial sistêmica ... orientações a diabéticos ... triagem pediátrica ... pré-consulta médica...”*

*“Consultas de Enfermagem ... gota, hipercolesteroleina...”*

*“Consulta de Enfermagem ... pediculose, escabiose...”*

*“Orientações a grupos de diabéticos e hipertensos”*

Outras ações, como visita domiciliar, vigilância epidemiológica, atividades externas com organizações populares e instituições ou ações integradas com outros setores do município, não foram explicitadas.

Essas constatações vêm reforçar o que eu já visualizava, empiricamente, pela minha prática profissional e pelo trabalho realizado junto ao Conselho Municipal de Saúde. Essas

idéias foram reiteradas em estudo, por mim realizado, no qual ficou “evidenciado que a formação profissional dos enfermeiros reflete significativamente na realidade dos serviços por ele oferecidos”. (Mazzorani, 2000, p. 4)

Podemos perceber como a formação profissional que conduz à realização das ações descontextualizadas é fruto das condições de ensino-aprendizagem, comumente adotadas, em nosso país. Segundo Freire (1998b, p. 38), tais ações “ênfatizam a consciência ingênua”.

Esse tipo de ensino, via de regra, pouco tem acenado com metodologias de aprendizagem que possibilitem o autodesenvolvimento permanente e o desenvolvimento da consciência crítica. Na Enfermagem, penso que merecem destaque as palavras de Germano (1985), quando lembra que, na educação em Enfermagem, perpassa a ideologia de que a enfermeira deve ser disciplinada, obediente e não exercer a crítica social.

Essa idéia fica evidenciada na afirmação de Crisântemo: “... *no nosso caso, a gente se vê como ‘o conformado’ não vou complicar com ninguém... não vou brigar pelo que penso... vou fazer meu trabalhinho...*”

Sabemos que, no ensino da Enfermagem, existem várias experiências isoladas que ênfatizam o desenvolvimento de uma postura crítica e questionadora diante das condições de ensino e trabalho. Mesmo pontuais, estas têm contribuído para a revelação tanto dos problemas quanto das contradições existentes na prática de atenção à saúde.

Esses fatos revelam, ao meu ver, um dos limites apresentados pela maioria dos enfermeiros, ou seja, não ter a compreensão de seu próprio processo de trabalho. Essa é uma das dificuldades que, via de regra, têm sido pouco percebidas pelos profissionais, levando-os a uma visão alienada do trabalho que realizam. A partir disso, podemos inferir que, não compreendendo o processo de trabalho que deveriam desenvolver e o que desenvolvem, esses sujeitos acabam amparando-se na racionalidade técnica, nas normas; tornam-se dependentes de outros profissionais e suscetíveis à manipulação.

Esse estado de percepção da realidade de trabalho, na qual esses enfermeiros estão “imersos” corresponde ao que Freire (1998a) denomina como o primeiro nível de consciência.

Este estado de consciência corresponde a uma certa ingenuidade diante dos fatos; caracteriza-se por uma visão simplista dos fatos, já que a investigação dos problemas do cotidiano permanece na superficialidade e não busca as reais causas destes. Esta percepção é marcada pela troca do diálogo, pela polêmica pouco esclarecedora e pela espera de soluções mágicas aos problemas.

Reconhecemos a existência de experiências pontuais e de esforços na área da saúde sobre a formação de recursos humanos; no entanto, é preciso reconhecer a histórica falta de sintonia entre o que a sociedade espera dos profissionais e dos serviços e o que estes têm oferecido à sociedade.

Em estudo crítico reflexivo, realizado por Mazzorani (2000), ficou demonstrado o desgaste do tipo de ensino que, preponderantemente, tem sido desenvolvido na educação básica e na formação profissional do enfermeiro. Nessa formação profissional, o ensino prepara o aluno para a atuação, voltada à doença; para o fazer técnico, centrado no hospital. Somando-se a isso a forma tradicional de transmissão de conhecimentos, utilizada, ainda, por boa parte dos professores, resulta em uma dicotomia entre teoria e prática e na formação de profissionais passivos e acrílicos.

Apesar de todas as deficiências, os serviços de saúde, atualmente, têm sido impelidos pelas necessidades da população, pela legislação e por certas políticas de saúde a atuarem, predominantemente, visando a manutenção da saúde e a prevenção das doenças. Muitos enfermeiros, formados no modelo educacional acima descrito, ao serem absorvidos pelos serviços de saúde, deparam-se com uma realidade não condizente com o aprendizado obtido na graduação.

Esse modelo de ensino tem contribuído para o pensamento de que um bom profissional deve ser tecnicamente eficiente, disciplinado e não-questionador, tanto das questões cotidianas do ensino e dos serviços, quanto das questões mais abrangentes da sociedade. A aceitação e o não questionamento desses fatos contribuem para a manutenção dos problemas existentes na educação, na saúde e na sociedade. Não podemos esperar que profissionais não questionadores, submissos, venham a ser agentes capazes de analisar, criticamente, as condições de vida e saúde e, ainda, buscar transformações sociais.

Em nosso país, é sabido que somente uma pequena parcela da população tem acesso ao ensino superior. É inegável que a essas pessoas, privilegiadas pelo acesso ao conhecimento científico e à cultura, cabe a responsabilidade de contribuir na busca de soluções para a construção de uma sociedade mais humana, justa e igualitária. Ao enfermeiro, em específico, cabe o compromisso de contribuir para a construção coletiva de um projeto de atenção à saúde, que vise a busca e a satisfação das necessidades da vida cotidiana de todos os brasileiros.

Um pequeno número de enfermeiras, neste estudo, expressou a vontade de entender e realizar uma prática profissional de forma mais abrangente, diferente daquela que, comumente, tem sido desenvolvida nas UBS desse município. Essas profissionais, ao descrever e refletir sobre sua prática cotidiana, evidenciaram a busca de uma outra direção ao trabalho que realizam.

Tal enfoque se evidencia através de suas práticas, que são exercitadas em permanente articulação entre os profissionais; entre eles, esses e a clientela usuária; entre eles e os outros setores da comunidade (igrejas, escolas, órgão gestor, representações comunitárias e outros).

As descrições, sobre o que é o trabalho da Enfermagem, demonstram que a atuação desses profissionais pode ir além das ações descritas na legislação específica. Essa posição é explicitada por Girassol quando afirma que “... o enfermeiro deve ir além de cumprir e fazer cumprir a lei do exercício profissional...”.

As atividades descritas, a seguir, resultam de uma síntese das concepções que se assemelham nas respostas ao questionário (anexo 5) e nas falas dessas enfermeiras no decorrer do processo:

- *Participação em reuniões da Comissão do Fundo Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde;*

- *Integração com a equipe da UBS, atuando em grupos de autocuidado, cursos de promoção à saúde, consultas de Enfermagem (individuais e coletivas), reuniões com as lideranças da comunidade, visitas domiciliares... Reorientação do modelo de assistência à saúde;*



*- Instrumentalização junto ao Conselho Municipal de Saúde;*

*- Integração com os ACS, Pastoral da Saúde, líderes comunitários, escolas, para, conjuntamente, traçarmos estratégias para a melhoria da qualidade de vida da população;*

*- Atuação nos programas de saúde, conforme o diagnóstico dessa comunidade.*

As ações descritas reportam-se a diferentes aspectos que predominam, na concepção das enfermeiras, como as relações sociais, cidadania e totalidade, as quais caracterizam a Enfermagem como uma prática social. Algumas ações demonstram, claramente, a necessidade de abordar questões sociais e políticas para o encaminhamento de soluções aos problemas de vida e saúde. Ao analisar as ações descritas e as falas desses enfermeiros, percebemos que estes estão inseridos num contexto histórico social, permeado por relações com características determinadas pela articulação com a equipe de saúde e com os demais setores da sociedade. (Almeida & Rocha , 1997)

A análise detalhada dos dados emergidos demonstra que as enfermeiras realizam uma prática de forma interativa com a equipe, com a clientela usuária e com outros setores da sociedade, evidenciando, assim, a capacidade inventiva e criativa (Freire, 1998a), na busca de soluções às situações-problema que se apresentam no cotidiano de trabalho.

Considero importante ressaltar essa postura, uma vez que ela demonstra ir além da realização de ações originadas da consulta médica e da demanda espontânea da população, que, geralmente, procura os serviços de saúde quando está adoecida, como, via de regra, tem sido ofertada nos serviços de saúde. Tais enfermeiras procuram descobrir as causas das necessidades e desenvolver ações educativas de promoção à saúde e de melhoria das condições de vida da população. Para isso, consideram os dados sociais e epidemiológicos para planejamento e desenvolvimento das ações e dos serviços oferecidos.

Essas profissionais buscam, ainda, criar espaços com lideranças comunitárias, com outros serviços de saúde e agentes comunitários de saúde, para aumentar a capacidade de atenção da UBS e as possibilidades de intervenção para as pessoas daquela comunidade. Parece-nos que, nessa perspectiva, os usuários são vistos como o objetivo principal do serviço, sendo as ações programadas e concretizadas a partir de suas necessidades. Assim, o trabalho realizado por esses profissionais se dirige à finalidade da ação em saúde que,

segundo Capella & Leopardi (1999), deve ser a satisfação da necessidade apresentada pela pessoa usuária.

Essas enfermeiras, criadoras da teoria sócio-humanista, ao questionar a finalidade que vem sendo dada ao trabalho da Enfermagem, afirmam que os profissionais da Enfermagem, “por ingenuidade política e teórica” (p. 148), têm se voltado, com frequência, a atender as necessidades impostas ao usuário pelas normas institucionais e/ou pela equipe, ao invés de “possibilitar a concretização da finalidade do sujeito portador de carência de saúde”. (p. 148)

Outro aspecto importante, a ser considerado, refere-se ao entendimento dessas enfermeiras de que o trabalho em saúde e Enfermagem, por fazer parte da vida cotidiana das pessoas, precisa ser organizado e desenvolvido a partir das necessidades objetivas e subjetivas de vida e saúde dos usuários.

A modalidade de organização e operacionalização dos serviços, atrelados às necessidades da clientela, nos conduz a afirmar que essas enfermeiras acenam com possibilidades concretas para a (re)criação do trabalho da Enfermagem nas UBS.

Uma das características marcantes, na concepção dessas enfermeiras é a visão ampliada de saúde, conforme atestam Girassol e Petúnia:

*Girassol - “... saúde é uma resultante das condições de acesso à alimentação, ao lazer, ao trabalho, ao emprego digno, à moradia. Acho que saúde é tudo isso. Nos grupos, a gente sempre tenta resgatar e perguntar, porque, na realidade, são eles que constroem esse conceito. Eu não consigo dissociar, quem não tem alimento e não tem emprego não tem saúde...”*

*Petúnia - “ Eu vejo saúde como uma resultante de todas as condições mínimas de sobrevivência da pessoa, ou seja, de acesso à alimentação, ao lazer, ao trabalho, à moradia. Saúde é, também, algo integral, é o ser humano como um todo.”*

Percebemos através dessas afirmações, das ações descritas e da análise crítica realizada no decorrer do processo, que essas enfermeiras tentam organizar suas práticas de modo a contemplar as ações curativas e de promoção à saúde. Sobretudo, buscam, com as lideranças comunitárias, contemplar um conjunto de fatores capazes de melhorar a

qualidade de vida, entre eles, por exemplo, a alimentação, a moradia, a educação, o saneamento básico, o lazer e a segurança.

Outro aspecto relevante, a ser identificado, trata-se do enfoque de uma outra noção de equipe. Essa passa pela busca permanente de articulação entre todos os trabalhadores, que têm adotado atitudes flexíveis diante de limites e contradições próprios de um trabalho em equipe.

Esta visão aponta para a possibilidade de modificar a tradicional forma de organização dos serviços, que realizavam ações isoladas de profissionais da equipe de saúde, inclusive a consulta médica individual curativa era a principal solução aos problemas de saúde.

Os depoimentos, a seguir, caracterizam bem a busca da consolidação de um trabalho em equipe entre os trabalhadores e entre estes e a comunidade usuária:

*Margarida – “... na minha unidade, o trabalho é realizado em equipe multiprofissional... a comunidade sabe disso. Ela (a comunidade) participa no dia-a-dia, dizendo o que precisa e sugerindo o que fazer. Isso ocorre no Posto, nas reuniões. As lideranças são participantes ativos...”*

*Girassol – “... O enfermeiro precisa ir adiante, precisa realizar um trabalho integrado à equipe de Enfermagem e a da saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde. Estes, se atuarem como sujeitos, podem construir estratégias para mudar o perfil de saúde/doença da população, em direção à conquista da cidadania. Todos precisam se sentir sujeitos da ação... participar do planejamento das ações de saúde. É importante todos nós nos sentirmos úteis e responsáveis na equipe...”*

Os depoimentos dessas enfermeiras trazem à tona, também, a questão da interdisciplinariedade. Eles demonstram que existem outras possibilidades e necessidades para organizar os serviços e as ações da área de saúde, além do atendimento curativo, que ocorre na grande maioria das UBS desses municípios.

Essas profissionais demonstram reconhecer a importância do trabalho do agente comunitário de saúde, já que este está inserido na equipe de trabalho. As ações desses trabalhadores são consideradas o ponto de partida de grande parte das ações preventivas e

de promoção à saúde das pessoas que, usualmente, não procuram as UBS. Assim, o agente comunitário configura-se como um elo real entre as UBS e as pessoas da área adstrita, representa um esforço na busca ativa dos problemas que interferem na qualidade de vida e saúde dessas pessoas.

A busca do trabalho em equipe, além de dar certa direção ao trabalho desenvolvido na unidade, mostra que, mesmo com dificuldades, é possível romper com a tradicional alienação dos trabalhadores, originada pelo parcelamento do trabalho em saúde, ou seja, pela dicotomia corpo/mente, saber/fazer e pela divisão técnica e social do trabalho, tão usual nas UBS de nosso município.

Segundo Campos (2000), a alienação dos trabalhadores é real quando ocorre a “separação concreta e cotidiana entre os produtores da gestão, meios de produção e o resultado do próprio trabalho” (p. 27). Concordo com o autor quando observa que essa postura além de retirar dos trabalhadores o controle de seu processo de trabalho, impede ganhos de autonomia dos sujeitos e dificulta a construção desses como seres com desejos e capacidades para exercer seu processo de trabalho com uma visão global.

No decorrer do processo educativo, foi possível perceber que, apesar destes profissionais realizarem ações isoladas ou partes de uma ação, a equipe tem se esforçado em olhar as pessoas usuárias como um ser integral, que tem família e vive em comunidade, procurando, assim, contemplar o princípio da integralidade da assistência.

Essa postura, evidenciada nessas equipes, vem ao encontro do que diz Mishima et al. (2000, p. 69): “uma das possibilidades de transformar a visão de equipe dirige-se na busca de uma relação mais horizontalizada entre os agentes presentes no processo de trabalho em saúde, o que quer dizer negociar e partilhar o seu poder/autonomia profissional, possibilitando então compartilhar conhecimentos (saberes e decisões)”.

Isto significa dizer que é preciso compreender como se dão as relações e a integração entre as pessoas nesse espaço de trabalho. Essa compreensão, na teoria de Freire, implica que esses sujeitos tenham consciência de si, de seu trabalho e do mundo com o qual se relacionam e se integram. Implica, também, que realizem atos reflexivos e exerçam o diálogo horizontal no cotidiano, como uma das possibilidades para poderem entender a necessidade dos diferentes conhecimentos e saberes, a hierarquia de autoridade

e a divisão técnica e social do trabalho. Viabilizando, assim, a (re)construção do trabalho nas UBS, no sentido de torná-lo prazeroso e coerente com as necessidades da clientela.

A necessidade de buscar conhecimentos, para desenvolver uma postura crítica, é considerada um fator importante para a transformação do trabalho das UBS, conforme expressão de Girassol: *“... é preciso buscar metodologias que ajudem a construir com a comunidade, estratégias de ações baseadas no coletivo (grupos e sociedade), que sigam as diretrizes do SUS... ênfase nas ações de promoção à saúde, sem descuidar da recuperação dos doentes. Isto é cuidar na integralidade”*.

A visão apresentada nos mostra que esses enfermeiros têm capacidade profissional, habilidades políticas e consciência crítica, o que lhes confere consciência dos limites apresentados na oferta de serviços à saúde e, também, a possibilidade de vislumbrar e propor formas de superação.

Ao analisar o conjunto de ações realizadas por essas enfermeiras, suas posturas, no decorrer da problematização, buscando a compreensão dos fatos através da apreensão e da relação das causas que os desencadeiam, denotamos que esses profissionais têm consciência crítica do trabalho que realizam.

No decorrer do processo educativo, ficou evidenciado, em vários momentos, que a busca de integração entre a equipe e desta com a comunidade usuária e com outros setores da sociedade favorece e conduz à identificação das reais necessidades de saúde e das suas causas desencadeantes e ao encaminhamento de formas de superação.

Essa questão foi contemplada, no processo educativo e de pesquisa, pelas palavras de Petúnia *“... fazer, planejar e realizar ações de acordo com as necessidades da comunidade, saber as causas dessas ações. Para isso precisam ser construídas e desenvolvidas equipes de saúde para considerar o que a comunidade tem a dizer...”*

Ao analisar o conjunto de ações realizadas e a participação desses sujeitos, no decorrer da problematização das ações que realizam, podemos inferir que eles têm o conhecimento e o controle do processo de trabalho que realizam.

Considero importante ressaltar esta questão, pois mesmo que não tenham expressado as fases de seu processo de trabalho, os depoimentos expressam com clareza

que a **finalidade** das ações que as profissionais realizam é atender as necessidades de vida e saúde das pessoas, famílias e comunidades. As ações, descritas e refletidas nos encontros, evidenciaram que o trabalho da Enfermagem não pode se limitar a ações pontuais e técnicas dirigidas às queixas ou sintomas apresentados pelos usuários. Segundo esse grupo de enfermeiras, é preciso buscar as verdadeiras causas que desencadeiam esses problemas, as quais estão situadas nas esferas social, econômica e política.

Esse entendimento é reforçado pela concepção que o grupo tem sobre saúde, como bem expressam:

*Girassol - "Saúde é uma resultante das condições de acesso a alimentação, ao lazer, ao trabalho, ao emprego digno, à moradia. Acho que saúde é ter tudo isso".*

*Petúnia - "Por muito tempo, a gente trabalhou em cima da doença, do sintoma,... só se via aquilo que a pessoa estava sentindo. Para mim, no atendimento à saúde, deve-se ver a pessoa como um todo, integral... que precisa de acesso à alimentação, ao lazer, ao trabalho, à moradia,... para viver com dignidade".*

Nessa perspectiva, a afirmação de Rosa (1989, p.107) amplia e reforça tal reflexão ao dizer que "prestar cuidados é uma das partes de todo o processo de trabalho na saúde". Portanto, o ato de cuidar precisa se vincular à visão integral da pessoa em seu meio concreto. Só assim é possível analisar, criticamente, para quem se realiza o cuidado e se esse atende a finalidade da clientela.

Concordo com a idéia da autora que, para se poder contribuir com a busca de saúde para as pessoas, os profissionais da Enfermagem precisam mais do que conhecimentos biológicos e técnicos; precisam construir conhecimentos e desenvolver habilidades para articular a ação dos diferentes atores e os problemas do usuário com suas causas sociais, políticas e econômicas. Para tanto, entendo que é necessário desenvolver processos educativos, baseados em uma concepção crítico-reflexiva, que conduzam os profissionais à tomada de consciência de si como sujeitos, do trabalho que realizam para terem a capacidade de ler e interagir com sua realidade concreta e buscar as transformações necessárias.

Também, é claro, para elas, que seu objeto de trabalho é o cuidado com as pessoas, com as famílias e com a comunidade, no seu processo de viver, trabalhar e adoecer.

Em diferentes momentos dos encontros, permeou a preocupação e o cuidado com o modo de viver e de trabalhar dos colegas da equipe. Essa postura demonstra a concepção e a visão de que os trabalhadores e o ambiente de trabalho, igualmente, integram objetos de trabalho da Enfermagem.

Ficou evidenciada, também, a idéia de que, para se determinar a finalidade do trabalho saúde/Enfermagem, é preciso, primeiramente, saber a qual necessidade irá corresponder. Esse entendimento é expressado pela afirmação de:

*Girassol - "As ações precisam ser programadas de acordo com a realidade e as necessidades de saúde da população local".*

Esse grupo reconhece, como instrumentos de trabalho, o conjunto de conhecimentos e de tecnologias da profissão (saberes, técnicas, materiais e equipamentos). Além disso, esses profissionais consideram importante o conhecimento de disciplinas afins, para poderem articular ações necessárias à resolução dos problemas que dependem de outros setores da sociedade.

### **5.3 A experiência coletiva como possibilidade de mudança no trabalho**

As reflexões, realizadas nesse estudo, continuamente remeteram o grupo a pensar e a explicitar o que é o trabalho da Enfermagem nas UBS, como este é percebido e a visualizar propostas de mudanças desse trabalho. Na maioria dos encontros, as falas se iniciavam com críticas relacionadas às atividades, desenvolvidas pela equipe de Enfermagem, e aos demais profissionais da equipe de saúde.

No meu entendimento, essas críticas demonstravam uma conjuntura de desmobilização tanto dos sujeitos do grupo em estudo, quanto do restante da equipe de saúde em relação às possibilidades de maior interação com a comunidade e, conseqüentemente, em relação à busca de melhoria do trabalho.

É importante ressaltar que, à medida que os sujeitos enfermeiros confrontavam essas críticas com a realidade concreta de cada um deles, o grupo tomava consciência dos

reais problemas e, a partir daí, começavam a surgir idéias e possibilidades de solução para esses problemas.

Segundo Freire, só é possível desenvolver-se um processo dessa natureza de forma coletiva, pois cada situação problema, lançada por um dos sujeitos do grupo exige sempre o posicionamento crítico de algum dos outros sujeitos. Nesse sentido, é oportuno lembrar mais uma afirmação de Freire (1992, p. 82) “na problematização cada passo no sentido de aprofundar-se na situação problemática, dada por um dos sujeitos, vai abrindo novos caminhos de compreensão do objeto de análise aos demais sujeitos.”

Observei um esforço dos enfermeiros para alcançar o nível de conscientização de sua realidade. Constatei esse esforço a partir da apreensão dos problemas individuais que, ao serem analisados pelo grupo, foram relacionados com o contexto global do meio de ocorrência.

Ficou evidente, nessas reflexões, outra idéia de Freire (1992) de que a tomada de consciência é um processo próprio de cada pessoa, que resulta de sua confrontação com a realidade concreta e essa depende da percepção que a pessoa tem da própria realidade.

Essas reflexões voltaram-se para o cotidiano de trabalho da Enfermagem. O esforço de compreender seu significado nem começa, nem termina nesse capítulo, nem tampouco nesta dissertação. Ele continua desdobrando-se em ações comprometidas, como as daquelas propostas já estudadas e encaminhadas pelo grupo.

Portanto, tenho presente que essa reflexão é apenas um dos olhares possíveis para a interpretação **do que é** e **do que deve ser** o trabalho da Enfermagem nas UBS. Estou igualmente convencida de que esse olhar reflexivo não chegou a ser suficientemente abrangente, para a compreensão dos dados emergidos no processo educativo.

O que fiz, nessas reflexões, foi tentar mostrar que não basta conhecer e reconhecer o trabalho que se faz individualmente no cotidiano. Tentei mostrar, nesse processo educativo, que as experiências co-participativas, existentes na realidade local, são possibilidades concretas que permitem optar, analisar, decidir e comprometer-se com um trabalho mais fraterno, mais justo e mais humano.



No Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (Ferreira, 1986), possibilidade é sinônimo de capacidade, qualidade possível, algo que pode ser, existir, acontecer, praticar-se. Nesse estudo, falar em **possibilidades** refere-se ao agir/trabalhar co-participativo, na saúde e Enfermagem. Isto pressupõe a participação de todos os sujeitos envolvidos na tarefa de questionar e responder o que pode ou não, via a ser esse trabalho.

O termo participação pode ser encontrado, inúmeras vezes, nos textos de Paulo Freire, sempre num sentido de construção conjunta de conhecimentos. Participação foi uma idéia motriz ao longo de todo esse estudo. Em decorrência dela, os enfermeiros, ao situarem-se como sujeitos ativos, históricos e sócio-culturais, puderam desvelar suas realidades particulares de trabalho para que, a partir delas, o grupo construísse os conhecimentos possíveis/necessários para a reconstrução dessas realidades.

Nesse contexto, a questão política foi algo intrínseco, pois os enfermeiros tiveram de optar entre permanecer realizando um trabalho condizente com a manutenção da estrutura vigente, ou buscar a reorganização de um trabalho voltado a atender as reais necessidades de vida e saúde das pessoas usuárias.

Considero importante destacar a capacidade do grupo de se mover em busca de soluções para os problemas e as necessidades apontadas. Foi necessário, combinar e articular as diferentes leituras dos enfermeiros desse coletivo, a respeito das situações-problema. Foi, a partir dessa abordagem coletiva dos problemas individuais, que começamos a construir a interação entre os sujeitos e a realidade concreta, como diz Freire. Não teorizamos sobre a Enfermagem, mas as discussões se reportaram às questões concretas da realidade do trabalho, tornando possível, assim, a expressão do pensamento do grupo.

Ficou claro para mim que esse processo educativo constituiu-se em possibilidade real de construção de uma prática coletiva, já que, no decorrer da problematização da realidade, a ação e a reflexão se iluminaram constante e mutuamente (Freire, 1992).

Serve de exemplo concreto a essa afirmação, o fato de que os sujeitos ao reconhecerem e incorporarem os vários referenciais e saberes existentes, as diferentes modalidades do agir do Enfermeiro e da Enfermagem, tomaram consciência de que as intervenções pontuais de reconhecimento da realidade, o reconhecimento da existência de

outras pessoas envolvidas e a descoberta de possibilidades de (re)criação de formas de trabalho não são suficientes, para realizar as intervenções tão necessárias nos serviços de saúde (Feuerwerker & Sena, 1999).

Assim, gradativamente, percebi que estava sendo entendido pelos enfermeiros que trabalhar, nos serviços de saúde com uma visão unilateral, como se os profissionais fossem compartimentos estanques, é completamente diferente do que trabalhar a partir da idéia de processo construído em conjunto com todos os envolvidos (profissionais, clientela usuária, alunos, gestores).

As autoras supracitadas indicam que, para avançarmos na melhoria das ações saúde, é preciso intervir no plano dos atores sociais e das relações de força. Para elas, o processo de formação deve se voltar à construção de espaços coletivos de reflexão, de democratização do conhecimento e de percepção que os sujeitos têm da possibilidade de ação real. Isso quer dizer que os profissionais precisam reconhecer os espaços de poder, precisam se preparar para ocupar esses espaços para colocarem em prática as propostas de melhoria.

À medida que os Enfermeiros, em conjunto, refletiam sobre as vivências de suas caminhadas profissionais e sobre os limites de ser e agir, tomavam consciência de que o trabalho que realizam pode ser uma forma de construção permanente de conhecimento, resultando em um melhor agir em suas realidades de trabalho. Isso é atestado pelas expressões a seguir:

*Margarida - “o cuidado à clientela é uma constante troca com a comunidade... se aprende muito com ela...”*

*Petúnia - “o cuidado à clientela é um constante aprender... por isso o aprendizado é permanente e contínuo”.*

Observei que, através das reflexões realizadas nesse processo interativo, os sujeitos conseguiram recuperar o desejo e a iniciativa de analisar suas realidades de trabalho, falar e escutar no grupo, tomar decisões e propor estratégias que se dirigissem à transformação do trabalho por eles realizado.

As considerações, a seguir, evidenciam que os enfermeiros não só tomaram consciência dos limites no trabalho, como também encaminharam propostas de superação:

*“Buscar estratégias para viabilizar a realização de um trabalho em equipe nas UBS.”*

*“Divulgar o regimento do serviço de Enfermagem para orientar os profissionais quanto as suas competências.*

*Formar grupos de estudo, preparando-os para a educação à comunidade.*

*Realizar educação continuada permanente, através da continuidade desse trabalho de construção coletiva.*

*Favorecer a participação popular no planejamento e desenvolvimento das ações em saúde.*

*Favorecer a integração com professores e alunos.”*

Reafirmou-se a constante busca dos enfermeiros em “ser mais” como grupo, “em e com o mundo”, Freire (1998ab). Por isso, esse processo educativo se caracterizou por um (re) fazer contínuo do grupo na práxis desses Enfermeiros “na e com” sua realidade, isto é, a busca contínua da melhoria das ações em saúde/doença na sua realidade de trabalho.

Também emergiu, nesse processo reflexivo coletivo, o reconhecimento da existência de projetos pontuais que buscam o (re)direcionamento das práticas de atenção à saúde. Esses são viabilizados pelas Instituições formadoras na área da Enfermagem. O grupo de sujeitos enfermeiros entende que tais projetos, representam possibilidades concretas de parcerias na construção de objetivos comuns; desenvolvimento de novas maneiras de aprender; nas novas práticas de atenção a saúde, recuperando, assim, os valores de solidariedade e de cooperação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“É preciso partir de nossas possibilidades para sermos nós mesmos. O erro não está na imitação, mas na passividade com que se recebe a imitação ou na falta de análise ou de autocrítica.”*

Paulo Freire, 1998b, p. 35

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, esse estudo constituía-se numa exigência da disciplina da Prática Assistencial de Enfermagem, do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Posteriormente, quando da análise dos dados emergidos, passei a considerar a possibilidade de dar continuidade ao estudo na Dissertação, aprofundando a discussão sobre **o que é, como é percebido e como deveria ser** o trabalho da Enfermagem para compreender seus limites e tentar ampliar suas possibilidades de ação. Além disso, senti-me motivada e compromissada a aprofundar o estudo ante as manifestações de desejo dos sujeitos enfermeiros de dar continuidade ao processo educativo desenvolvido até então.

Em ambos, Prática Assistencial e Dissertação, foi-me bastante difícil estabelecer o fechamento do processo educativo e o de pesquisa. Quanto mais eu refletia sobre o produto desse processo, realizado com o grupo de enfermeiros, mais incompleto parecia-me o resultado de minhas próprias reflexões. Por fim, compreendi que essa dificuldade de encerramento advinha do fato de que essa nova forma de construir conhecimentos, como diz Freire (1998ab), “aprender a aprender”, tem a particular característica de, uma vez desencadeada e incorporada pelos sujeitos, tornar-se um ato contínuo, isto é, a cada conhecimento construído e a cada transformação produzida por ele na prática, apresentam-se novos desafios para a construção de novos conhecimentos.

Percebi, então, quão provisórias podem ser as conclusões de um estudo, no qual a constante interpenetração entre a captação e a análise dos dados e a intervenção e avaliação desses dados, caracterizam-no como um contínuo movimento de construção e desconstrução, tal como a vida das pessoas. Por fim, dei-me conta do nítido caráter

impulsionador que o ato constante da construção de conhecimentos, a partir da prática, tem sobre as investidas dos sujeitos no sentido de transformar seu cotidiano de trabalho.

No entanto, por tratar-se de um trabalho acadêmico, precisei dar um contorno mais preciso, por isso essas considerações finais têm o significado de uma pausa. Pausa, que pode representar, para os sujeitos envolvidos, a possibilidade de realizar uma avaliação sobre o que foi conquistado, isto é, verificar até que ponto esse exercício crítico reflexivo constituiu-se num caminho promissor para a concretização das propostas nele emergidas.

A operacionalização do processo foi realizada por meio da problematização da realidade de trabalho do grupo. Esse processo educativo, a partir das situações concretas de trabalho de cada sujeito, oportunizou organizar as reflexões de forma a orientá-las para o conhecimento coletivo dessa realidade. Isso permitiu buscar o significado e as causas que determinam boa parte dessas situações-problema, ao invés da simples conformidade diante de suas aparências e efeitos.

Esse processo se constituiu em um desafio constante; pois, à medida que íamos nos apropriando de diferentes conhecimentos originava-se uma nova visão da realidade concebida pelo grupo e, sucessivamente, iam surgindo novos questionamentos que conduziam ao aprofundamento da análise crítica.

Penso que essas considerações finais sejam um exercício de reexame das idéias que sustentaram este estudo e que, com base no conhecimento construído, possam se caracterizar como a síntese das possibilidades de transformação do trabalho da Enfermagem.

Saliento que essa postura me parece a mais adequada, já que esse estudo se direcionou para reflexões sobre a vida pessoal e profissional dos sujeitos enfermeiros, bem como à descoberta de propostas concretas dirigidas à (re)orientação de um trabalho em saúde mais próximo às necessidades da clientela usuária.

Este trabalho foi norteado pela crença de que as pessoas podem ser sempre aprendizes, por isso valorizou e acreditou na capacidade criadora de cada sujeito. Foi, portanto, um processo de interação e de mediação, no qual se construiu conhecimentos a partir das múltiplas potencialidades e das experiências dos indivíduos e do grupo. Diante

disso, podemos afirmar que o estudo envolveu bem mais que o pensar o sobre o fazer técnico de Enfermagem no cotidiano das UBS, envolveu o partilhar saberes, desejos, sonhos e utopias de cada enfermeiro.

Constatei que os sujeitos, à medida que começaram a refletir, criticamente, sobre o seu agir, foram se conscientizando da importância da ressignificação do trabalho realizado e da importância da partilha dos diferentes saberes, experiências e dificuldades que representam possibilidades promissoras na busca de alternativas às situações-problema que os afligem.

Há observações importantes a fazer sobre as idéias norteadoras, adotadas nesse estudo. Uma delas é o reconhecimento de capacidade de mobilização e de aglutinação de forças dos enfermeiros, no sentido de produzir mudanças na sua realidade de trabalho. Outra, que se revelou como potente estratégia de articulação do trabalho em equipe, foi o forte estabelecimento de vínculos entre os enfermeiros. Para isso, num primeiro momento, foi preciso que os enfermeiros se dispusessem a reconhecer a si mesmos e aos demais como sujeitos com idéias e propostas próprias.

No decorrer do diálogo crítico reflexivo, foi se estabelecendo uma maior afinidade entre os enfermeiros com suas diferentes visões de mundo e, gradativamente, construiu-se um respeito recíproco entre tais sujeitos. A partir daí, cada enfermeiro passou a ver seus pares como parceiros, interlocutores, com direito de emitir opiniões e de colaborar no encaminhamento das questões emergidas no grupo.

Outro aspecto importante, que merece ser apontado, foi a disposição e o empenho dos enfermeiros em buscar alternativas para melhorar a realidade cotidiana de trabalho.

Acredito na importância desse estudo, pois possibilitou aos sujeitos enfermeiros tomarem consciência de si próprios como pessoas e de sua forma de pensar e atuar como profissionais integrantes de uma equipe de saúde. Além disso, desvelou a necessidade e a possibilidade desses sujeitos enfermeiros de aplicarem esse novo conhecimento às necessidades da clientela que atendem.

Nesses encontros, através do diálogo horizontal, cada um pode, a seu modo, aprender e descobrir novas dimensões e possibilidades da realidade de trabalho da

Enfermagem. Ficou evidenciado que o espírito de solidariedade no enfrentamento das situações-problema, a experiência grupal e a cooperação são elementos indispensáveis na busca das causas e soluções para os problemas constatados.

Muito importante foi perceber que, através de processos gerados em co-participação, os sujeitos/enfermeiros se fortaleceram mutuamente, e puderam romper as dificuldades e barreiras que, às vezes, se tornam difíceis ou impossíveis de serem superadas isoladamente.

Para mim, a disposição desses sujeitos enfermeiros de refletir e analisar criticamente seu trabalho nas UBS, significou um gesto de coragem e de compromisso com a transformação de sua realidade de trabalho. O exercício, praticado no estudo, mostrou ser possível, ainda que difícil, olhar para o trabalho da Enfermagem e estabelecer a distância necessária para entender a realidade.

Também, foi possível perceber que a postura, evidenciada pela maioria dos Enfermeiros, não pode ser assumida “como responsabilidade exclusiva desses profissionais”. Mas deve ser analisada de forma mais abrangente, ou seja, à luz da formação profissional e das políticas econômicas, sociais adotadas em nosso país.

Percebi que sair do espaço de trabalho e poder olhar para o que tinham feito (distanciamento para reflexão e análise) possibilitou aos enfermeiros do círculo de cultura conhecerem melhor **o que fazem**, em seu cotidiano profissional, e **por que assim o fazem**. Esse processo aconteceu permeado pelos seguintes questionamentos: o que é o trabalho da Enfermagem nas UBS? como e para quem ele é realizado? como ele deveria ser realizado? e quais as estratégias possíveis no momento, capazes de dar direcionamento ao que pode ser esse trabalho?

Como esse estudo desenhou-se através de uma caminhada baseada na busca do entendimento **do que é** e **do que pode ser** o trabalho da Enfermagem, muitas limitações se fizeram sentir. Dentre essas, destaco as limitações originárias das deficiências do pensar crítico e da falta de compreensão das “relações do homem com o mundo” (Freire, 1998ab), que indicam não só as limitações dos sujeitos desse grupo, mas também as da Enfermagem que pouco tem exercitado essas questões, tanto no ensino como na prática.



O tempo escasso impossibilitou a descodificação de parte das situações-problema, tal fato, num primeiro momento representou uma limitação pois me acarretou a sensação de interrupção de um trabalho inacabado. Todavia, dei-me conta de que o processo, até então educativo e investigativo que ocorrera em paralelo, agora desdobrava-se, cabendo a mim encerrar a pesquisa enquanto que o processo educativo parecia haver se incorporado à vida dos sujeitos enfermeiros.

Freire prevê tal fenômeno ao afirmar que:

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados quanto mais obrigados a responderem ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isso cada vez mais desalienada. Através dela, que provoca novas compreensões de novos desafios que vão surgindo no processo da resposta, se vão reconhecendo, mais e mais, como compromisso. (Freire, 1998a, p. 70)

Compreendido o estudo como um movimento de “ação-reflexão-ação”, a descodificação das situações-problema constitui-se em uma exigência fundamental, para a consolidação de um processo de formação permanente de profissionais, que buscam (re) orientar as práticas em saúde Enfermagem. Para minimizar o eventual limite imposto pela temporalidade, o grupo decidiu direcionar ações políticas administrativas no contexto institucional, no sentido de assegurar a continuidade do processo educativo para o desvelamento das situações-problema detectadas, não perdendo, assim, o sentido de historicidade, singularidade e visão totalizante do estudo.

Embora esse processo educativo tenha apontado indícios de avanços do trabalho da Enfermagem nas UBS, esse trabalho, ainda, necessita de mudanças substanciais, a fim de que possa assegurar um cuidado à clientela de forma integral, igualitário e com participação da comunidade, conforme assegura a Constituição Brasileira. Ficou

evidenciada a necessidade de mudanças na prática profissional, para que os enfermeiros possam realizar um trabalho adequado às necessidades dos usuários. Essas mudanças de prática profissional referem-se, principalmente, à possibilidade de superação de uma prática mais passiva, por vezes alienada, para uma prática ativa com enfermeiros sujeitos de um processo de trabalho, construído juntamente com a população, de modo a contemplar as necessidades de ambos.

Ficou transparente, nos dados obtidos, tanto nos momentos vivenciados quanto nas respostas aos questionários, que não se evidenciaram projetos coletivos de trabalho institucional e, com a presumível ausência destes, não há apoio substancial para o direcionamento das ações. Sob esses limites, os profissionais vão empreendendo um trabalho à guisa da demanda espontânea, de modo que a assistência configura-se, via de regra, como pronto atendimento, apenas com o envolvimento momentâneo com as aflições do usuário, em detrimento da busca da raiz dos problemas de saúde da população.

Realizado dessa forma, o trabalho mostra-se complexo, exaustivo, propiciador de conflitos (equipe entre si e esta com a clientela) insatisfações, desânimo e pouco resolutividade aos problemas de saúde da população usuária.

Os dados levantados, ao sugerirem que a finalidade do trabalho realizado limita-se somente ao fazer técnico, demonstram sua fragilidade. Por outro lado, fica evidente que os Enfermeiros desse estudo estão dispostos a rever seus referenciais e a mudar seu agir profissional.

Em vários e sucessivos momentos, ficou evidenciada a necessidade desses enfermeiros disporem-se a empreender projetos, mesmo que inicialmente pontuais, encadeados por pensamentos coletivos voltados às necessidade mais amplas de vida e saúde da clientela usuária.

Logo, a construção desse processo educativo que foi realizado em co-participação, configurou-se como uma condição, não só de crescimento pessoal e profissional, mas também de encaminhamento de propostas coletivas mais amplas de (re)orientação dos serviços e ações em saúde.

Este estudo foi baseado nas práticas da Enfermagem, enquanto um trabalho que exige articulação com outros trabalhos, para cumprir sua finalidade que é atender as necessidades de vida e saúde das pessoas.

Historicamente, na realidade concreta, o trabalho da Enfermagem na rede básica tem acompanhado as práticas médicas que são, basicamente, voltadas a atender a demanda espontânea. Diante disso, é possível inferir que o comum da oferta dos serviços da Enfermagem nas UBS, tem se dirigido a intencionalidade técnica como um fim em si mesmo, isto é, esgotando-se ao término destas. Nesta modalidade de agir profissional parece-me que a finalidade das ações é meramente a aplicação de vacinas e nebulizações; a realização de consultas; o número de curativos; a quantidade de palestras proferidas e, também, os medicamentos fornecidos, etc.

Em relação ao trabalho da Enfermagem, ficou revelado que os sujeitos enfermeiros têm o desejo e a expectativa de realizar um processo de cuidar, integrado a equipe de saúde e voltado às necessidades da clientela usuária. No entanto, os dados obtidos nos questionários em anexo; na descrição do contexto do estudo, no PMS 2000; no decorrer dos encontros, perpassa uma visão bastante realista da situação dos serviços oferecidos. Estes mostram pouca percepção das relações mais amplas, que se estabelecem no contexto em que os profissionais desenvolvem suas ações, caracterizando um agir profissional descontextualizado, pontual, limitando as possibilidades de contribuir para uma outra maneira de “agir em saúde”.

As ações descritas, apesar das dificuldades de verbalização, identificam um trabalho direcionado à complementaridade da consulta médica, de modo a assegurar a infra-estrutura de material, de pessoal e de organização das UBS. Esses cuidados, em geral, estão centrados em ações individuais, parceladas, de natureza curativa, e técnica. Dessa forma, valorizam, principalmente, o **como fazer** desvinculando-se, geralmente, **do porquê** e **para que** será feita aquela ação.

Já existem, nessa realidade, outras maneiras de conceber o trabalho em saúde. As respostas aos questionários, bem como a postura dos enfermeiros no decorrer do exercício crítico reflexivo, demonstram haver profissionais conscientes de que os problemas de saúde da população são de ordem econômica, social e política; de que os serviços,

comumente oferecidos, não dão conta das necessidades de saúde da população. Ficou evidenciado haver quem busque realizar ações co-participativas (equipe, saúde, comunidade) e intersetoriais (clubes, associações comunitárias, outros setores institucionais). Essas ações visam a identificar as causas dos problemas de saúde no ambiente de vida das pessoas e relacioná-las com as questões sociais, políticas e econômicas, propondo formas de superação dentro daquilo que é possível visualizar.

Após um exercício dessa natureza, é possível pensar no trabalho da Enfermagem com um outro contorno, ou seja, para além das ações usualmente oferecidas com o estrito objetivo de resolver sintomas e queixas momentâneas. Neste contexto, os projetos pontuais existentes, que buscam o redirecionamento das práticas, são fatos concretos que podem ser encarados como o embrião de mudanças gerais, na Instituição como um todo. No entanto, para que essas mudanças possam ocorrer, o estudo evidenciou ser de fundamental importância a busca da construção de reais parcerias entre profissionais e instituições envolvidas nesses projetos, para que desenvolvam, em conjunto, cuidados adequados às necessidades de vida e de saúde das pessoas.

Chaves et al. (1999) recomendam que, para o êxito dessas parcerias, além do compromisso profissional e institucional, é necessário envolver os núcleos de poder de cada instituição e de cada grupo profissional com as propostas de mudanças, para evitarmos as armadilhas e os problemas decorrentes da construção de poderes e modelos paralelos.

Ao me deparar com o término desse estudo, tenho a consciência de que muitos movimentos e nuances não foram contemplados. Porém, pelos encaminhamentos feitos rumo a continuidade do processo educativo, acredito que esse possa se constituir numa força capaz de conduzir o grupo de enfermeiros na busca de outras possibilidades, para o crescimento pessoal e profissional.

Registro a percepção e comprovação de que os sujeitos, tendo uma vez apreendido e tomado consciência dessa forma de construção de conhecimento, passam a realizar suas ações num processo constante de agir-refletir-agir, não conseguindo se manterem indiferentes em seu modo de pensar e agir. O caráter de continuidade, assumido pelo processo, denota a conformidade com e, por conseguinte, a validade das idéias e da

metodologia de Paulo Freire, ao serem aplicadas à construção do conhecimento próprio do processo de trabalho em saúde, em especial a Enfermagem. Tal constatação reforça a aplicabilidade e a eficiência dessa metodologia para a organização e desenvolvimento de processos de educação permanente de profissionais de Enfermagem, como alternativa segura para os métodos tradicionais comumente aplicados nos programas de educação continuada ou de educação em serviço.

Além da limitação de tempo, determinada pelo prazo para concluir o trabalho, ocorreu, também, algum prejuízo no andamento do processo educativo, em função da falta de disponibilidade de tempo de alguns dos integrantes do círculo de cultura para participarem de todos os encontros. É importante salientar que, em todas as situações de ausência, os sujeitos enfermeiros comunicavam antecipadamente, demonstrando respeito e interesse pelo processo que estavam construindo.

Das discussões de algumas situações-problema, desenvolvidas nas etapas até aqui narradas, surgiram propostas de transformação que podem contribuir para uma assistência de Enfermagem que atenda às necessidades das pessoas de forma mais dinâmica, crítica e criativa.

O grupo de enfermeiros do círculo de cultura tem clareza da necessidade contínua de codificação e descodificação de situações-problema, como forma de aprimorar e adquirir novos conhecimentos, os quais possam se constituir em ações transformadoras de seu trabalho.

A possibilidade de continuar esse processo representa a oportunidade de atingir a **descodificação** e o **desvelamento** de todas as situações-problema apresentadas. Essas etapas de discussão permitem o retorno das situações-problema iniciais para a realidade, podendo assim ser alcançada a conscientização dos limites e das possibilidades como uma forma concreta de intervenção coletiva na práxis da Enfermagem nas UBS.

A preocupação em dar continuidade a esse processo evidencia nosso entendimento de que sempre existem questões a serem aperfeiçoadas e aprofundadas, pelo grupo que se propõe a refletir sobre o vivido e a enfrentar os desafios que emergem dessas reflexões e, assim, construir novas possibilidades no trabalho da Enfermagem.

O desenvolvimento desse estudo realizou-se de forma ética, uma vez que houve respeito tanto aos integrantes do círculo de cultura em sua integralidade, como à instituição envolvida. Os aspectos éticos permearam todas as discussões, em todas as etapas do processo, visualizamos a possibilidade de construir um trabalho de Enfermagem direcionado às necessidades dos usuários.

Aqui, considere, como considero em qualquer outro trabalho da área social, a incorporação da discussão ética no que diz respeito à responsabilidade do Estado e dos profissionais envolvidos, em relação à distribuição e ao gerenciamento adequado de recursos financeiros, preparação adequada de recursos humanos (educação continuada) e condições de envolvimento da população nos serviços de saúde.

Focalizei, também, a ética da responsabilidade pessoal dos profissionais da Enfermagem, de modo que suas atuações sejam apropriadas às necessidades do usuário (individual ou grupos da comunidade), e que favoreçam a participação desses usuários na construção de processos que digam respeito às suas vidas.

A proposta de continuidade do processo educativo, encaminhada pelo grupo a sua chefia, representa o interesse e o compromisso ético dos sujeitos enfermeiros em encontrar, por meio da educação continuada, possibilidades de crescimento pessoal e profissional que redundem em melhor assistência à população.

Ao concluir esse estudo, reporto-me a uma das idéias centrais de Freire (1998ab), que define o homem como um ser que - consciente de sua incompletude e sujeito do seu agir e de sua história, na companhia de outros sujeitos -, transforma constantemente a sua realidade em busca do ser mais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AITA, A. **EMATER**: Santa Maria, 1999. Entrevista.
- ALMEIDA, M. C.; ROCHA, S. **O trabalho da Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ANDREOLA, B. A. **Dinâmica de grupo**: jogo da vida e didática do futuro. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- BRASIL. **Leis e decretos...** Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. **Leis e decretos...** Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ação participativa: capacitação pessoal. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORTE, 1982, Belém. **Anais...** Belém, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, 1998.
- BRAVERMAN, H. **O trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
- BUSS, P.; PAIM, J. A verdadeira face da crise da saúde pública é a desigualdade. **Tema**, n. 16, p. 7-8, out. 1998.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAPELLA, B.B; LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 137-171: Teoria sócio-humanista.

- CHAVES, M.; FEUERWERKER, L. C.; TANCREDI, F. B. **A educação dos profissionais da Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento em mudança.** São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 165-183: Revisitando o ideário e reconstruindo a proposta.
- COLLET, N. et al. Algumas reflexões sobre um tema polêmico: a ética na Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p. 82-87, 1995.
- CORDEIRO, H. [8ª Conferência Nacional de Saúde]. **Tema**, v. 4, n. 7, p. 20-24, 1986. Entrevista.
- COREN – RS. **Legislação e código de ética dos profissionais de Enfermagem.** Porto Alegre, 1997.
- DAMKE, I. R. **O processo do conhecimento na pedagogia da libertação:** as idéias de Freire, Fiori e Dussel. Petrópolis: Vozes, 1995.
- DEMO, P. **ABC:** iniciação à competência reconstrutiva do professor básico. Campinas: Papirus, 1995.
- DOMINGUES, J. L. Interesses humanos e paradigmas curriculares. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 67, n. 156, p. 351-365, 1986.
- EGRY, E. Y. **Saúde coletiva:** construindo um novo método para a Enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
- ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL. São Paulo: Britannica, 1981. v. 19 e 20.
- FANTIN, M. Políticas de educação e a formação de trabalhadores em Enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 2, 1997, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1997. p. 49-60.
- FARENZENA, G. J. et al. **Perfil epidemiológico do Município de Santa Maria em 1997 a partir de dados de mortalidade:** relatório final. Santa Maria, 1999.
- FARIA, E. M. Comunicação e informação: instrumentos para a transformação da prática de serviços de saúde. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 47-59, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Comunicação na saúde:** fim da assimetria...? Pelotas: UFPel, 1996.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FEUERWERKER, L. C; SENA, R. **A educação dos profissionais da Saúde na América Latina:** teoria e prática de um movimento em mudança. São Paulo: HUCITEC, 1999.



- p. 47-82: A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social.
- FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** Tradução por Kátia de Mello e Silva. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.
- \_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** Tradução por Rosisca Darcy de Oliveira. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- \_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** 25. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998a.
- \_\_\_\_\_. **Educação e mudança.** Tradução por Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martin. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998b.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa participante.** São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 34-41: Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação.
- GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire.** 2. ed. São Paulo: Scipione, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Educação e compromisso.** 5. ed. Campinas: Papirus, 1995.
- GELAIN, I. A ética na Enfermagem: a história e suas perspectivas. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 9-17, 1995.
- GENTILE, M. Promoção da saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, n. 1, p. 9-17, 1999.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.
- GONÇALVES, R. B. M. **O processo de trabalho em saúde.** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1988. 30 p. Mimeografado.
- \_\_\_\_\_. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GONZALES, R. M. **Sufrimento na práxis da Enfermagem: real ou imaginado?** Florianópolis, 1998. Projeto de tese apresentado à banca examinadora como requisito à qualificação ao Programa Doutorado em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina.
- GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. **A fala do trabalhador.** Petrópolis: Vozes, 1993.

- IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. 3. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 1995.
- L'ABBATE, S.; SMEKE, E. L. M.; OSHIRO, J. H. A educação em saúde como um exercício de cidadania. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 37, p. 81-92, dez. 1992.
- LEOPARDI, M. T. **Saber fazer, saber criar: núcleo de pesquisa**. Florianópolis: Papa Livro, 1995a.
- \_\_\_\_\_. A finalidade do trabalho da Enfermagem: a Ética como fundamento decisório. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 23-29, 1995b.
- \_\_\_\_\_. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67, 1997.
- LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- MANFREDI, S. M. Em busca de uma proposta metodológica em sintonia com uma educação popular voltada para a emancipação. **Contexto e Educação**, Ijuí, v. 1, n. 2, p. 47-52, 1986.
- MARAVALL, J. M. **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1986. p. 1248-1250: Trabalho.
- MARGLIN, S. **Divisão social do trabalho e modo de produção capitalista**. Porto: Publicações Escorpião, 1976. p. 39-78: Origens e funções do parcelamento das tarefas.
- MARX, K. **Divisão social do trabalho e modo de produção capitalista**. Porto : Publicações Escorpião, 1976. p. 21-37: Da manufatura à fábrica automática.
- MARX, K. **O Capital**. 11. ed. São Paulo: Difel, 1987. v. 1, p. 201-210: Processo de trabalho e processo de produzir valores de uso.
- MAZZORANI, B. M. **O Trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde: limites e possibilidades**. Pelotas: UFPel, 1999. Relatório apresentado às disciplinas de Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Educação e Assistência de Enfermagem.
- \_\_\_\_\_. A formação profissional do enfermeiro: reflexões e possibilidades de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Recife. Anais..., Recife, 2000.
- MAZZORANI, B.M. , GARCIA, V. R. R. L. O trabalho da Enfermagem nas unidades básicas de saúde: um olhar crítico reflexivo In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Recife. Anais..., Recife, 2000.

- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 2000.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Abrasco, 1993.
- \_\_\_\_\_. Os efeitos da globalização no mundo do trabalho e políticas públicas. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 2., 1997, Florianópolis. Anais... Florianópolis, 1997. p. 35-44.
- MINAYO, M.C; HARTZ, Z.M; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 7-31, 2000.
- MISHIMA, S. M. et al. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-296: Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública.
- MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: E.P.U, 1986.
- MONTEIRO, L. SINE. Santa Maria, 1999. Entrevista.
- NUNES, T. C. M. Recursos humanos em saúde e a municipalização: um novo ciclo da descentralização? **Cadernos da Nona**, Brasília, v. 2, p. 149-153, 1992.
- OLIVEIRA, R. D.; OLIVEIRA, M. D. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão, C. R. Pesquisa participante. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- PIRES, D. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livro, 1999. p. 23-71: Organização do trabalho na saúde.
- RAMOS, F. R. S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Pelotas: UFPel, 1996.
- RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise do nível gerencial**. 2. ed. Petrópolis : Vozes, 1994.
- ROSA, M. T. L et al. O desenvolvimento técnico científico da Enfermagem – uma aproximação com os instrumentos de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. Anais... Florianópolis, 1989. p. 97-126.
- SALUM, M. J. L. et al. Necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros da Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo diante do sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 50-58, 1997.
- SANTA MARIA. Prefeitura. **Plano Municipal de Saúde**. Santa Maria, 2000.

- SANTA MARIA. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento**. Santa Maria, 1997.
- SANTANA, J. P.; GIRARDI, S. N. **Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1992. v. 1: Recursos humanos em saúde: reptos atuais.
- SAUPE, R., ALVES, E. D. **Contribuição para a construção político-pedagógica na enfermagem**. [s.l. : s.n.], 1999. Mimeografado.
- SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M. **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis, UFSC, 1998. p. 245-270: Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-261, 2000.
- SILVA, A. P. et al. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. São Paulo: Britannica, 1981.
- SORATTO, L., HECKLER, C. O. Trabalho: atividade humana por excelência. In: CODO, W. **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 111-121.
- STEIN, A. T. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. Tese Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.
- THIOLLENT, M. **Repensando a pesquisa participante**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 82-103: Notas para o debate sobre pesquisa-ação
- TORRES, R. M. **Educação popular: um encontro com Paulo Freire**. Tradução por Luís João Gaio. São Paulo: Loyola, 1988.
- VILLA, T.C.S; MISHIMA, S.M; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1997. p. 27-60: A Enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo.
- WESTPHALL, M. Entre a cidadania e 'filantropização' da pobreza. **Tema**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 29-30, 1998.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**OFÍCIO À SECRETÁRIA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE  
DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**REDE INTERINSTITUCIONAL: POLO BAGÉ – PELOTAS – RIO GRANDE**  
**PROFª COORDENADORA: DRª LÚCIA H. T. GONÇALVES**

Santa Maria, 27 de maio de 1999.

Ilma. Srª Drª Ana Maria Chagas

M.D. Secretária de Saúde e Meio Ambiente do Município de Santa Maria,

Como aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, cursando a disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem, venho, por meio deste, solicitar a sua autorização para desenvolver projeto junto às Enfermeiras em exercício nas Unidades Básicas de Saúde e às que trabalham nos programas de agentes comunitários, Centro de Apoio à AIDS e coordenação geral dos programas. Esse projeto será realizado sob a orientação da Profª Drª Vera Regina Real Lima Garcia.

O trabalho a ser desenvolvido, baseado na metodologia da problematização de Paulo Freire, tem como ponto de partida **a construção de um processo reflexivo sobre o trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria.**

Considero esse trabalho uma etapa inserida no processo coletivo do qual faço parte, que vem sendo desenvolvido pela Comissão de Fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, cujo objetivo é “avaliar a totalidade dos serviços prestados nas UBSs, procurando identificar suas propostas e o modo como se organiza o trabalho.”

Comprometo-me a garantir o sigilo profissional quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de repassar-lhe os resultados desse estudo, assim que concluído.

Contando com seu apoio, antecipo meus agradecimentos e coloco-me à sua disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Benildes Maria Mazzorani

## **ANEXO 2**

**OFÍCIO À COORDENADORA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA SECRETARIA  
DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DE SANTA MARIA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**REDE INTERINSTITUCIONAL: POLO BAGÉ – PELOTAS – RIO GRANDE**  
**PROFª COORDENADORA: DRª LÚCIA H. T. GONÇALVES**

Santa Maria, 27 de maio de 1999.

Ilma. Srª Drª Adriana Khun

M.D. Coordenadora do Serviço de Enfermagem da SMSMA de Santa Maria,

Como aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, cursando a disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem, venho, por meio deste, solicitar a sua autorização para desenvolver projeto junto às Enfermeiras em exercício nas Unidades Básicas de Saúde e às que trabalham nos programas de agentes comunitários, Centro de Apoio à AIDS e coordenação geral dos programas. Esse projeto será realizado sob a orientação da Profª Drª Vera Regina Real Lima Garcia.

O trabalho a ser desenvolvido, baseado na metodologia da problematização de Paulo Freire, tem como ponto de partida **a construção de um processo reflexivo sobre o trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria.**

Considero esse trabalho uma etapa inserida no processo coletivo do qual faço parte, que vem sendo desenvolvido pela Comissão de Fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, cujo objetivo é “avaliar a totalidade dos serviços prestados nas UBSs, procurando identificar suas propostas e o modo como se organiza o trabalho.”

Comprometo-me a garantir o sigilo profissional quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de repassar-lhe os resultados desse estudo, assim que concluído.

Informo que, inicialmente, previ a realização de cinco encontros, com a duração média de uma hora e trinta minutos, sendo que os dias e horários serão combinados com o grupo a ser formado.

Na certeza de poder contar com seu apoio, solicito a viabilização de uma reunião com as Enfermeiras supra citadas, a fim de apresentar o referido projeto.

Atenciosamente,

Benildes Maria Mazzorani

## **ANEXO 3**

**CARTA-CONVITE ÀS ENFERMEIRAS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**REDE INTERINSTITUCIONAL: POLO BAGÉ – PELOTAS – RIO GRANDE**  
**PROFª COORDENADORA: DRª LÚCIA H. T. GONÇALVES**

Santa Maria, 27 de maio de 1999.

Prezada colega,

Como aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, cursando a disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem, venho, por meio deste, convidá-la a participar da construção de um processo baseado na metodologia de Paulo Freire, tendo como **ponto de partida a reflexão da realidade de trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria**. Esse projeto será realizado sob a orientação da Profª Drª Vera Regina Real Lima Garcia.

Aproveito a oportunidade para lhe informar que será assegurado o respeito à liberdade de participar nesse processo coletivo ou declinar de sua participação a qualquer momento, bem como garantido o anonimato e o sigilo referente a dados confidenciais que surgirem.

Informo que, inicialmente, previ a realização de cinco encontros, com a duração média de uma hora e trinta minutos, sendo que os dias e horários serão combinados com o grupo a ser formado.

Assumo, ainda, o compromisso ético de repassar-lhe os resultados desse estudo, assim que concluído.

Na certeza de poder contar com a sua participação, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Benildes Maria Mazzorani

Rua Euclides da Cunha 666/301

Bairro Itararé

Santa Maria – RS

CEP 97 090 000

Fone: 221 9536

## **ANEXO 4**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**REDE INTERINSTITUCIONAL: POLO BAGÉ – PELOTAS – RIO GRANDE**  
**PROFª COORDENADORA: DRª LÚCIA H. T. GONÇALVES**

**1 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Pelo presente documento, declaro que fui informada dos objetivos, justificativa e metodologia referentes ao projeto **Reflexões sobre o trabalho da Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria**, apresentado à disciplina de Prática Assistencial em Enfermagem, do Curso de Mestrado em Assistência em Enfermagem.

Também fui informada quanto à (ao):

- garantia de obter esclarecimentos sobre dúvidas referentes ao estudo;
- liberdade de participar do processo ou declinar dele a qualquer momento;
- garantia do anonimato e da manutenção do caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade individual e coletiva do grupo;
- registro dos diálogos, através de gravações em fita e anotações, para posterior utilização acadêmica;
- presença de uma profissional, para realizar as anotações e as gravações;
- acesso aos resultados do estudo em todas as suas etapas;

Responsável: Benildes Maria Mazzorani  
Rua Euclides da Cunha 666/301, Bairro Itararé  
CEP 97 090 000 Santa Maria – RS  
Fone: 221 9536

Orientadora: Vera Regina Real Lima Garcia  
Fone: 972 4031

Nome da participante:.....

Data:..... Local:.....

Assinatura da Participante

Assinatura da Responsável

## **ANEXO 5**

**CARACTERIZE SUA UNIDADE BÁSICA**

**Caracterize sua Unidade Básica**

Nome: ..... Codinome: .....

Nome da UBS: .....

Localização: .....

Horário de funcionamento: .....

Qual o objetivo do trabalho desenvolvido nesta UBS?

.....  
.....  
.....

Há delimitação da área de abrangência para esta UBS?

 Sim Não

Qual o número aproximado de habitantes desta área? .....

Há cadastro sanitário realizado nesta área?

 Sim Não

Como é realizado o planejamento das ações desenvolvidas nesta UBS?

.....  
.....

Há participação popular no planejamento e avaliação das ações e serviços desta unidade?

 Sim Não

Nesta unidade, há demanda reprimida por assistência?

 Sim Não

Caso positivo, a que você atribui?

.....  
.....

Além do atendimento à demanda espontânea, que outras ações são desenvolvidas nesta UBS?

.....  
.....  
.....

Quais as ações de caráter preventivo que são desenvolvidas atualmente?

.....  
.....  
.....

Existem critérios para a implementação de programas em saúde?

Sim

Não

Se positivo, você sabe quais são? Cite-os.

.....  
.....

Quais são os profissionais que compõem a equipe de saúde na sua UBS?

.....  
.....

Existem profissionais da área administrativa preparados para atender à recepção, farmácia, coleta de informações, elaboração de relatórios...?

Sim

Não

Caso negativo, comente as repercussões dessa carência no seu trabalho:

.....  
.....



Na sua unidade são realizados estágios com alunos da área da saúde?

Sim

Não

Se sim, em que isso contribui para o seu trabalho?

.....  
.....

Você participa do planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades acadêmicas?

Sim

Não

Por favor, comente a sua resposta:

.....  
.....

Comente sobre as relações interpessoais entre a equipe e desta com a administração e a clientela:

.....  
.....  
.....

## **ANEXO 6**

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Qual é o trabalho da enfermeira nas UBS? Expresse-o através da anotação das atividades realizadas diariamente, por um período de 5 dias:

## **ANEXO 7**

**O TRABALHO DA ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

1. Qual é o trabalho da Enfermagem nas UBS? Expresse-o através da anotação das atividades realizadas diariamente, por um período de 5 dias.

2. Como você percebe o trabalho da Enfermagem nas UBS?

3. Na sua concepção, quais as ações que a Enfermagem deveria realizar nas UBS?

## **ANEXO 8**

### **AVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO**

### Avaliação das Atividades deste Círculo de Cultura

O que significou para você a experiência vivida nesse círculo de cultura?

.....  
 .....

Nessa experiência, qual o aspecto que mais lhe chamou atenção?

.....  
 .....

Como você se sentiu participando desse círculo de cultura?

.....  
 .....

A experiência vivida nesse círculo de cultura lhe representa uma possibilidade de melhoria e desenvolvimento de suas competências pessoais e profissionais?

( ) Sim      ( ) Não      Por quê? .....

.....

Você considera importante e necessário participar de momentos que dêem continuidade às atividades desenvolvidas nesse círculo da cultura?

( ) Sim      ( ) Não      Se positivo, sugira modalidades.

.....  
 .....

**Você considera** que a metodologia proposta nesse círculo de cultura serviu para:

1. Melhorar a sua maneira de ser, de agir e de se relacionar com os outros?

( ) Sim      ( ) Não      Por quê? .....

.....  
 .....

2. Tomar consciência de si próprio, de sua forma de pensar e atuar como profissional?

( ) Sim      ( ) Não      Por quê? .....

.....  
.....

3. Tomar consciência dos problemas vividos pelo grupo?

( ) Sim      ( ) Não      Por quê? .....

.....  
.....

4. Avançar rumo a um atendimento mais humanizado, de qualidade e acessível a toda a população?

( ) Sim      ( ) Não      Por quê? .....

.....  
.....

5. Entender o conhecimento (saber) como um instrumento de trabalho que deve ser repassado à equipe e usuários?

( ) Sim      ( ) Não      Por quê? .....

.....  
.....

6. Entender o cuidado realizado à clientela como um constante aprendizado na prática profissional do enfermeiro?

( ) Sim      ( ) Não      Por quê? .....

.....  
.....

7. Ter consciência e visualizar possibilidades de desenvolvimento dos aspectos educacionais do trabalho do enfermeiro?



Sim       Não      Se positivo, cite-as: .....

.....  
.....

8. Apreender a ética profissional centrada na pessoa, com valorização da conscientização para a conquista dos valores da cidadania?

Sim       Não      Por quê? .....

.....  
.....

9. Identificar dilemas éticos permeados esse processo?

Sim       Não      Se positivo, cite-os: .....

.....  
.....

10. Na sua concepção, em que o acadêmico da Enfermagem contribuiria nas ações e serviços da UBS?

.....  
.....  
.....  
.....

11. Como você, profissional dessa UBS, poderia contribuir na formação deste futuro profissional?

.....  
.....  
.....  
.....

12. Por favor, sugira estratégias para efetivação de novas possibilidades de integração ensino/serviço.

.....

.....