

LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA

**A PRÁTICA EDUCATIVA DE ENFERMAGEM NO
CUIDADO HOSPITALAR: DISCURSOS DE
ENFERMEIRAS**

FLORIANÓPOLIS

2007

© *Copyright* 2007 – Lita Miriam Moore Espinoza.

Ficha Catalográfica

E77p Espinoza, Lita Miriam Moore.
A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar: discursos de
enfermeiras/ Lita Miriam Moore Espinoza — Florianópolis (SC): UFSC/PEN,
2007
200 p.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Ensino. 2. Enfermagem – Cuidado. 3. Práxis. 4. Contexto
hospitalar. I. Autor.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA

**A PRÁTICA EDUCATIVA DE ENFERMAGEM NO
CUIDADO HOSPITALAR: DISCURSOS DE
ENFERMEIRAS**

FLORIANÓPOLIS

2007

LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA

**A PRÁTICA EDUCATIVA DE ENFERMEIRA NO
CUIDADO HOSPITALAR: DISCURSOS DE
ENFERMEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado.
Co-orientador: Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza.

FLORIANÓPOLIS

2007

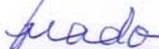
LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA

**A PRÁTICA EDUCATIVA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO
HOSPITALAR: DISCURSOS DE ENFERMEIRAS**

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

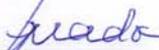
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 30 de julho de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

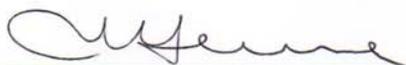


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



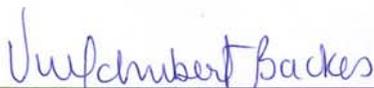
Dra. Marta Lenise do Prado
Presidente



Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
Membro



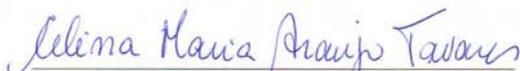
Dra. Valéria Faganello Madureira
Membro



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Membro



Dra. Telma Elisa Carraro
Membro



Dra. Celina Maria Araujo Tavares
Membro Suplente

Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Membro Suplente

"Na verdade, nenhum pensador, como nenhum cientista, elaborou seu pensamento ou sistematizou seu saber científico sem ter sido problematizado, desafiado. Embora isso não signifique que todo homem desafiado se torne filósofo ou cientista, significa, sim, que o desafio é fundamental à constituição do saber. [...] se o conhecimento científico e a elaboração de sua matriz problematizadora, a apreensão deste conhecimento científico e do rigor deste pensamento filosófico não pode prescindir igualmente da problematização que deve ser feita em torno do próprio saber que a educação deve incorporar"

(Paulo Freire)

"Você, que é Enfermeira, ame os pacientes que a procuram e que lhe foram confiados, como se fossem seus próprios filhos e irmãos, sua missão é grandiosa e sublime, embora difícil e espinhosa"

(Pastorino, 2003, p.92)

(in memoriam)

Ao meu pai Juan Moore, cidadão exemplar e humilde quem me incentivou na conquista deste sonho no Brasil, por dar-me a existência, o seu amor e conselhos até seus últimos dias nesta vida, meu agradecimento eterno de inesgotável afeto e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é dedicado a Deus. Por dar-me confiança e luz nesta caminhada desafiadora e ajudar-me a passar das aspirações e desejos às realizações de viver o cuidado de maneira consciente e digna. Meu eterno louvor e adoração por me sustentar durante toda essa trajetória de vida e de formação profissional.

Ao meu filho Juan Ernesto, sentido da minha vida, representação de amor e perseverança, a quem amo e que, apesar de sua idade sempre soube entender o processo desta caminhada desafiadora, meu muito obrigado, pela compreensão de minha ausência, cansaço, fadiga, luta como mãe e profissional. Filho amado, 'muchas gracias' porque em cada momento deste trabalho Você me abençoava e repetia 'bom trabalho mãe' 'mãe você consegue' e, 'você é a melhor mãe'.

A minha orientadora Dra, Marta Lenise do Prado, pela direção, disponibilidade e competência e, pelo estímulo à superação dos meus limites, pelos 'abraços fraternos' e, principalmente pelo cuidado-educativo solidário e humanizador nos momentos difíceis de dor e sofrimento, nesse processo de viver humano junto a meu filho querido Juan Ernesto, minha eterna gratidão e carinho por tudo. Deus abençoe-á sempre minha querida colega e professora.

A minha co-orientadora Dra. Maria de Lourdes de Souza, obrigada pelo espaço, respeito, deu-me apoio e constante estímulo, incentivando-me a continuar esta caminhada. Agradeço também pela sua disposição, e me lembrar que a melhor 'escola é a própria vida' e, me repetir muitas vezes 'muita luz' em teu ser.

Ao meu irmão Juan Wilder que tem sido cúmplice no processo, dando-me a oportunidade para que possa desenvolver minha potencialidade, apoiando-me concretamente, assim também, obrigada pelo carinho, respeito e companhia.

Às colegas enfermeiras das Clínicas Cirúrgica I e II, Clínica Médica 1, 2 e 3 do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina pela valiosa contribuição como profissionais e pessoas muito especiais como sujeitos participantes da pesquisa. Também, pelo entrosamento, respeito, aceitação, troca incondicional e, carinho nesses momentos e encontros desse percurso metodológico, onde o fato de ser estrangeira não foi um impedimento, mais sim um privilégio inmesurável.

As minhas amigas Marilia Ruschel, Darzia, Beatriz e Jorge Luis, Zidia, Lidyani, Alcione, Salete, Leonor e Guilherme, Jadete, pela amizade, incentivo e

companheirismo em tempos de muito trabalho e a todas as colegas que ajudaram, de alguma forma, essa jornada.

Ao Departamento de Enfermagem da UFSC, professores, alunos, bolsistas e funcionários, que estimularam e compreenderam esse momento único.

A Pós-graduação da UFSC e seu corpo docente, pela competência e disponibilidade com que orientaram minha formação. Particularmente, aos meus professores e professoras do Curso de Doutorado, por que me ensinaram a ser livre para pensar e, sobretudo me ensinaram a ir além dos marcos habituais de reflexão. Agradeço especialmente a Dra. Vânia Backes, Dra. Telma Carraro, Dr. Jonas Spricigo, Dra. Silvia Santos, Dra. Marisa Monticeli, Dra. Ângela Alvarez, Dra. Lucia Takase Gonçalves, Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp.

A Pro-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFSC, pelo espaço, apoio, confiança e respeito, particularmente às queridas(os) amigos e irmãos de coração Euci, Zelândia, Miriam, Vlademir, Márcia, muito obrigada pelo estímulo e incentivo.

Ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde-EDEN/UFSC, pela contribuição ao desenvolvimento desta pesquisa durante minha participação efetiva nos encontros do DEMEC- Instituto de Pesquisa em Enfermagem/PEN.

Às alunas da graduação da 8a fase da UFSC no acompanhamento do estágio de docência na Clínica Cirúrgica I, à Herica, Gláucia, Ingrid, Graciele e Gisele, pelas lembranças, ajuda, troca, companheirismo e respeito durante as práticas assistenciais.

Às integrantes da Banca Examinadora, pela disponibilidade e preciosa contribuição quando da defesa deste trabalho.

Ao CNPq pelo apoio financeiro através da bolsa e pelo estímulo através das oportunidades de participar dos eventos científicos que me abriram perspectivas inovadoras do fazer-pensar na saúde.

ESPINOZA, Lita Miriam Moore. **A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar**: discursos de enfermeiras. 2007. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientador: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Co-orientador: Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza

RESUMO

A questão da educação em saúde não deve ser compreendida como uma medida coerciva de controle social, mas sim, como um instrumental e recurso que garanta aos clientes a compreensão de si mesmos enquanto cidadãos. A enfermeira tem o compromisso ético-profissional de educar para a saúde no seu cotidiano, educar pressupõe interação e defendo as ações educativas como inerente e indissociável ao cuidado cotidiano da enfermeira, para isso, a profissional não precisa de um tempo específico para educar o cliente, já que constantemente está educando ou tem a possibilidade de educar no dia-a-dia de suas ações no cuidado. A pesquisa tem por objetivos compreender e analisar a consciência da práxis educativa das enfermeiras no cuidado hospitalar, bem como, identificar o nível de práxis que as enfermeiras apresentam acerca das ações educativas no cuidado hospitalar, avaliar se as ações educativas das enfermeiras, no cuidado contemplam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão-ação, conscientização e transformação e, analisar as razões que impedem o desenvolvimento das ações educativas das enfermeiras no cuidado hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, caráter exploratório, realizado com 6 enfermeiras assistenciais das unidades de Clínica Cirúrgica e de Clínica Médica de um hospital geral do sul do Brasil. O suporte teórico-filosófico foi com base nos níveis da práxis preconizada por Adolfo Vásquez e os conceitos da Educação Libertadora de Paulo Freire. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, a partir de um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise de conteúdo (Bardin, 2004). A partir das mesmas foram estabelecidas três categorias: **(1) A dimensão do cuidado da enfermeira**, agrupados nas subcategorias: O que é cuidado segundo as enfermeiras, importância e finalidade, características da enfermeira no cuidado, fundamentação teórica do cuidado, Enfermeira: cuidado de si/não cuidado de si; **(2) A dimensão educativa no cuidado da enfermeira**, agrupados nas subcategorias: O que é educação em saúde/ação educativa enfermeiras, importância e finalidade da educação, características da ação educativa, fundamentação teórica da educação e tipos de educação e o processo ensino-aprendizagem e, **(3) A consciência das enfermeiras e o nível de práxis das ações educativas no cuidado**, evidenciando-se as seguintes subcategorias: inerência educação e cuidado; consciência da enfermeira sobre o cuidado e as ações educativas no cuidado, razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado hospitalar, os modos educativos das enfermeiras e os níveis de práxis. Conclui-se que é passível o modo de pensar a educação como um elemento inerente e indissociável no cuidado hospitalar da enfermeira, bem como, sua contribuição para uma melhor qualidade no atendimento ao cliente nos serviços de internação e um processo de viver mais saudável. Esta ligação educação & cuidado acontece por acreditar que os mesmos possibilitem às enfermeiras assistenciais o exercício de uma práxis inovadora, consciente, ética e crítica com os clientes em regime de internação sobre seus cuidados profissionais.

Palavras-chaves: Enfermeira; Educação; Cuidado; Práxis; Âmbito hospitalar.

ESPINOZA, Lita Miriam Moore. **The Práxis Educative of the Nursing in the Care Hospitalary:** Speeches of nurses. 2007. 200f. Doctoral Dissertation Graduation Program in Nursing. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Head of the Committee: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Advisor: Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza

Final oral defense: 30/07/2007

ABSTRACT

The questions of the education in health does not have to be understood as a coercive measure of social control, but yes, as an instrument and resource that the same understanding of itself guaranties to the customers white human being. The nurse has the ethical and professional commitments to educate for the health in its daily one, to educate estimates interaction and defends the educative actions as inherent to the daily care of the nurses, for this, the professional does not need a specific time to educate the customer, since constantly she is educating and she has the possibility to educate daily in its action in the care. The research has for objective to understand and to analyze the conscience of the praxis educative of the nurses in the care to hospitalar, as well as, to identify level of praxis that the nurses present concerning the educative actions in the hospital care, to evaluate if the educative actions of the nurses in the care contemplate the concepts of dialogue, participation, action-reflection-action, awareness and transformation and, to analyze the reasons that hunder the development them educative actions them nurses in the hospital care. One is about a research of qualitative nature, exploratory character, carried through with 6 assistenciais nurses of the units of Surgical Clinic and Medical Clinic of a general hospital of the south of Brazil. The philosophical theoretical support was on the basis of the levels of the praxis praised by Adolph Vasquez and the concepts of the Liberting Education of Pablo Freire. The collection of data was carried through by means of interviews, from a structuralized half script. The interview has been recorded and transcribing for posterior analysis of content. From the same had been established three categories: (1) the dimensions of the care of the nurse, grouped in the subcategories: what he is well-taken care of according to nurses, characteristics of the caring one, theoretical recital of the care, nurse: care of well-taken care of si/not of itself, (2) The educative dimension in the care of the nurse, grouped in the subcategories: what educative action is education in health/nurse, importance and purpose of the care, characteristics of the care, theoretical bedding of the education and types of education and, process teach-learning and, (3) the conscience of the nurses and level of praxis of the educative actions, proved the following subcategories: inherence education and care, conscience of the nurse on the care and the educative actions in the care, reasons and difficulties for the development of the educative actions in the care, educative ways of the nurses and the levels of praxis. One concludes that the way to think the education as an inherent element about the hospital for one better quality in the attendance to the customer in the internment services and a process of living is passively more healthful. This well-taken care of linking education&happens for assistenciais nurses the exercise of praxis innovative, conscientious, ethical and critical with the customers in regimen of internment on its professional cares.

Key words: Nurse; Education; Care; Praxis; Context hospitalar.

ESPINOZA, Lita Miriam Moore. **La Práxis Educativa de la Enfermería en el Cuidado Hospitalario**: Discursos de Enfermeras. 2007. 203f. Tese (Doctorado en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. p.203

Orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza

RESUMEN

El asunto de la educación para la salud no debe ser comprendida como una medida repressiva de control social, pero si, como un instrumental y recurso que garantice a los clientes la comprensión de sí mismos entretanto ciudadanos. La enfermera tiene el compromiso ético-profesional de educar para la salud durante su cotidiano, educar presupone interacción en la cual las acciones educativas sean inherente e indisolubles al cuidado de la enfermera, para esto, la profesional no necesita de un tiempo específico para educar al cliente, debido a que constantemente está educando o tiene la posibilidad de educar diariamente. La pesquisa tuvo por objetivos comprender y analizar la conciencia de la praxis educativa de las enfermeras en el cuidado hospitalario, así como, identificar el nivel de praxis que las enfermeras presentan con relación a las acciones educativas en el cuidado hospitalario, evaluar si las acciones educativas en el cuidado contemplan los conceptos de dialogo, participación, acción-reflexión-acción, concientización, transformación y, analizar las razones que impiden el desarrollo de las acciones educativas por las enfermeras en el cuidado. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, de carácter exploratorio, realizado con 6 enfermeras asistenciales de las unidades de la Clínica Quirúrgica y de la Clínica Médica de un hospital general del sur del Brasil. El soporte teórico-filosófico fue con base en los niveles de la praxis preconizado por Adolfo Vásquez y los conceptos de la Educación Libertadora de Paulo Freire. La recolección de los datos fue realizada por medio de la entrevista, a partir de un itinerario semi-estructurado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis de contenido según (Bardin, 2004). A partir de las mismas fueron establecidas tres categorías: **(1) La dimensión del cuidado de la enfermera**, agrupados en las subcategorías: Qué es el cuidado según las enfermeras, importancia y finalidad del cuidado, características de la enfermera en el cuidado, fundamentación teórica del cuidado, Enfermera: cuidado de si/no cuidado de si; **(2) La dimensión educativa en el cuidado de la enfermera**, agrupadas en las subcategorías: Qué es la educación para la salud/acción educativa según las enfermeras, importancia y finalidad de la educación, características de la educación, fundamentación teórica de la educación, los tipos de educación y el proceso enseñanza-aprendizaje, **(3) La conciencia de las enfermeras y el nivel de praxis de las acciones educativas en el cuidado**, evidenciándose las siguientes subcategorías: inherencia educación y cuidado; conciencia de la enfermera sobre el cuidado y las acciones educativas en el cuidado, razones y dificultades para el desarrollo de las acciones educativas en el cuidado hospitalario, los modos educativos das enfermeras y los niveles de praxis. Se concluye que es factible el modo de pensar la educación como un elemento inherente en el cuidado hospitalario de la enfermera, así como, su contribución para una mejor calidad de atención al cliente en los servicios de hospitalización y un proceso de vivir más saludable. Esta ligación educación & cuidado acontece por creer que los mismos posibiliten a las enfermeras asistenciales el ejercicio de una praxis innovadora, consciente, ética y crítica con los clientes/ciudadanos en régimen de internamiento sobre sus cuidados profesionales.

Palabras claves: Enfermera; Educación; Cuidado; Praxis; Ámbito hospitalario.

SUMÁRIO

CAPITULO I

INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivo Geral.....	20
1.2 Objetivos específicos.....	20

CAPITULO II

CONTEXTUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO NO CUIDADO DA

ENFERMAGEM	22
2.1 A Educação na Enfermagem.....	22
2.1.1 Alguns conceitos na educação.....	22
2.1.1.1 Enfoque tradicional: falando da educação classista.....	24
2.1.1.2 Metodologia Problematizadora: teoria crítica da educação.....	27
2.2 O Cuidado na Enfermagem.....	35
2.2.1 Conceitos.....	35
2.2.2 O cuidado à clientela hospitalizada.....	48
2.2.3 A educação libertadora no cuidado à clientela hospitalizada.....	53

CAPITULO III

SUPORTE TEORICO-FILOSOFICO DA PESQUISA

3.1 Biografia de Adolfo Sanchez Vasquez.....	59
3.1.1 A filosofia da práxis segundo Vasquez.....	64
3.1.2 O significado da práxis.....	65
3.1.2.1 Práxis transformadora ou criadora.....	68
3.1.2.2 Práxis reiterativa ou imitativa.....	71
3.1.2.3 Práxis espontânea e reflexiva.....	72
3.2 Biografia de Paulo Freire.....	74
3.2.1 A educação libertadora por Paulo Freire.....	81
3.2.2 O significado da práxis educativa segundo Freire.....	87
3.2.3 Os conceitos de referência.....	88

CAPITULO IV

O MARCO OPERACIONAL.....	94
4.1 O tipo de pesquisa.....	94
4.2 Sujeito e cenário do estudo.....	96
4.3 A Coleta e registro de dados.....	98
4.4 Análise e interpretação dos dados.....	101
4.5 A ética na pesquisa.....	102

CAPITULO V

A CONSCIÊNCIA DA PRÁXIS EDUCATIVA NO CUIDADO DAS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	104
5.1 A Dimensão do cuidado da enfermeira.....	104
5.2 A Dimensão educativa no cuidado da enfermeira.....	126
5.3 A Consciência das enfermeiras e o nível de práxis das ações educativas no cuidado da enfermeira	145

CAPITULO VI

A PRAXIS EDUCATIVA: COMO UMA POSSIBILIDADE NA CONSCIENTIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NO CUIDADO HOSPITALAR.....	167
---	------------

REFERÊNCIAS.....	177
Apêndice 1 – Consentimento de Termo Livre e Esclarecido.....	192
Apêndice 2 – Consentimento da Chefia de Enfermagem HU/UFSC.....	194
Apêndice 3 – Roteiro Guia da Entrevista Semi-Estruturada	195
Apêndice 4 – Diagramas –Representações gráficas.....	197
Apêndice 5 – Ofício dirigido à Direção Geral do HU/UFSC.....	198
Apêndice 6 – Ofício dirigido ao CEPEN-Hospital Universitário/UFSC.....	199
Anexo 1 – Parecer do Projeto Comitê de Ética em Pesquisa.....	200

CAPITULO I

INTRODUÇÃO

A educação, enquanto processo da vida humana, é tão antigo quanto a presença dos grupos humanos no planeta e é um tema presente, de alguma forma, na vida das pessoas, nas suas atitudes, nos seus comportamentos, nas suas ações, no cotidiano e, especificamente, na assistência à clientela.

A educação sendo um componente da vida humana em sociedade, também se faz presente nos processos de viver e adoecer dos cidadãos e, em decorrência, nas práticas de saúde. Este suposto é que direciona os meus questionamentos e, por conseguinte, defino o tema de estudo: “A práxis educativa de Enfermagem no cuidado hospitalar: discursos de Enfermeiras”.

Educar pressupõe interação e defendo as ações educativas da enfermeira como “inerente” e indissociável ao cuidado cotidiano da enfermagem. Para isso, o profissional não precisa de um tempo específico para “educar o cliente/cidadão”, já que constantemente está educando ou tem a possibilidade de educar, pois o ‘educar’ é um componente que pode e deve ocorrer no dia-a-dia de suas ações durante o cuidado no campo hospitalar (ESPINOZA, 2004).

Considero como ponto de extrema importância à questão educativa, o vislumbrar das enfermeiras junto ao cliente, quais as suas expectativas em relação às ações educativas no cuidado durante a práxis hospitalar, ou seja, o que ele sabe o que quer saber e o que realmente precisa saber em relação à doença, tratamento, intervenções e procedimentos especiais e outros, num determinado momento e espaço. Essa dimensão corresponde a uma proposta do cuidado humano de enfermagem, contribuindo, assim, para diminuir o (des)conhecimento, a (des)desinformação, o medo, a ansiedade, a incerteza, as dúvidas, possibilitando a colaboração e participação do cliente na sua pronta recuperação.

Nesta perspectiva, considero este trabalho como fundamental para a prática de enfermagem, particularmente no seu componente social, pois, “a educação” como

processo de trabalho da enfermagem, precisa ser estudada para melhorar a qualidade de nossas ações no exercício profissional.

A questão da educação em saúde não deve ser compreendida como uma medida coercível de controle social, mas sim, como um instrumental e recurso que garanta aos clientes a compreensão de si mesmos enquanto cidadãos. Por isso, este assunto precisa ser muito bem estudado para que a enfermeira possa refazer repensar, recriar e rever uma práxis educativa, incluindo conhecimentos de pedagogia e teorias educativas inovadoras, e transformando suas ações para que não seja uma simples transferência de informação aos cliente/cidadãos. Portanto, a enfermeira tem o compromisso ético-profissional de educar para a saúde no seu cotidiano. E o que se observa é que, se o educar está presente, essa relação horizontal e linear resulta saudável, isto é, positiva para os envolvidos, entendida como algo extremamente dinâmico e inacabado (ESPINOZA, 2004).

Numa visão humanista da enfermagem, a perspectiva humanista de saúde impõe um desafio ético à enfermeira. Ao assumir que o cliente/cidadão seja responsável por suas decisões sobre saúde, a enfermeira também assume que os valores do cliente se sobrepõem aos seus próprios valores culturais e profissionais (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

Nesta mesma abordagem, certamente a educação ao cliente/cidadão é compreendida como essencial para a enfermagem onde o processo que explica essa relação horizontal cliente-enfermeira é manifesta (ESPINOZA, 1998).

Diante das distintas tendências acerca do cuidado da Enfermagem, em diferentes planos das práticas discursivas tais como no cuidado corporal, no cuidado integral, no cuidado holístico, na estética do cuidado, na ética do cuidado, no cuidado competente, cuidado solidário, dentre outras, proponho-me a compreender e analisar a consciência da práxis educativa das enfermeiras no cuidado hospitalar. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPS, 1992), a função específica à Enfermagem é proporcionar a “assistência da Enfermagem” decorrente das necessidades de saúde da sociedade, mas também desempenhar outras funções que podem ser rotuladas de complementares nas áreas administrativa, no ensino e na pesquisa. A função de assistência ou atendimento é a que caracteriza a enfermagem. São funções do

enfermeiro segundo a OPS: “1-Atuar como enfermeiro competente no processo de assistência de enfermagem que consiste em identificar as necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, fazer o diagnóstico de enfermagem, elaborar o plano de cuidados, executar ou delegar os cuidados e avaliar os cuidados; 2-Atuar como membro da equipe de saúde e como líder da equipe de enfermagem; 3-Atuar como educador em relação a dois tipos grupais, - o indivíduo, a família e a comunidade, proporcionando “educação para a saúde”, e o pessoal de enfermagem, proporcionando formação e adestramento; 4-Administrar serviços de enfermagem; 5-Realizar pesquisas sobre enfermagem e participar das investigações multidisciplinares de saúde e, 6-Participar do encaminhamento e solução dos problemas de sua categoria profissional”.

Assim, o conjunto destas funções e responsabilidades representa o modelo do profissional que se deseja formar, para o desempenho de todas as funções anteriormente citadas, pressupõe a responsabilidade de se manter uma atualização com referência aos progressos científicos e tecnológicos, sendo que a imagem do modelo deve estar em compatibilidade com as necessidades e a serviço da sociedade, e podendo ainda contribuir para modificar a estrutura do sistema de saúde.

Carraro (2001) refere que o Enfermeiro é o elemento mediador do tratamento do paciente visando o sucesso no cuidado, a harmonia entre todos (pacientes, familiares e profissionais), à troca de informações e à assistência de qualidade. A autora diz que o papel da Enfermeira no Cuidado Domiciliar è: “avaliar a condição do paciente, identificar os problemas e necessidades do doente e de sua família, determinar os serviços que são necessários para se cuidar do doente e família, organizar e coordenar os serviços e equipamentos requeridos, prestar cuidados de Enfermagem diretamente ao doente, ensinar o doente, a família e o pessoal não-profissional, aconselhar, apoiar e habilitar ao paciente e sua família, advogar pelo paciente e sua família, e reavaliar e modificar, quando necessário, os serviços ao doente e a sua família” (p.98).

O enfoque humanista e inovador impulsionam mudanças para o exercício profissional e para a concepção do cuidado da enfermagem com o cliente, porque rompe os laços com os padrões tradicionais, assim como possibilita redimensionar a

prática por incorporar outros novos valores e processos, sendo a enfermeira fundamental para a educação de clientes e cidadãos em instituições hospitalares.

O cuidado em enfermagem, por conseguinte “possui na sua amplitude o componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana saudavelmente humanizada desta geração e das seguintes. Além deste aspecto humanístico, insere-se no contexto da liberdade e da autonomia, tanto no âmbito individual quanto no âmbito universal, pois o cuidado de enfermagem deve ser um suporte para viver bem, promovendo condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum”. (SOUZA; SARTOR, PRADO, 2005, p.268).

Nesse sentido o humanismo oferece suporte para que a enfermagem reafirme os valores, sentido e existência do cuidado que se considera própria de esta prática profissional e que se convalida na convivência cidadã.

Portanto, não podemos descuidar as vivências e experiências do cliente/cidadão que precisam ser descobertas e trabalhadas, assim como as da equipe de enfermagem. E, para tanto, é essencial que a enfermeira, nas atividades cuidativas, não seja apenas uma profissional com domínio do conhecimento técnico, que executa as prescrições, sem tomar iniciativas ou decisões, mas também, que participe ativa e dialogicamente das ações educativas no cuidado da práxis hospitalar.

A educação compartilhada pela enfermagem, inserida na prática cotidiana é uma área de importância para que as atitudes e os comportamentos das enfermeiras, docentes e discentes comecem a mudar (REIBNITZ; PRADO, 2006). Waldow (1999) entende e reforça que as formas conservadoras de ensino não satisfazem mais e sugere a “visão humanista e a ênfase no cuidado humano da enfermagem” como uma perspectiva unificadora que consiste na principal mudança. Portanto, a Enfermagem, enquanto profissão, que tem uma formação técnico-científica, filosófico-humanística e atua no processo de viver humano, necessitam envolver, no seu exercício, aspectos educativos e éticos de forma contínua.

Educação, para Freire (Brandão, 1996), é um trabalho político. Não há educação neutra, sempre existe uma intenção política. Assim a Educação Libertadora que ele vislumbra é uma proposta politicamente mais humana, a de criar, com o poder do saber do homem libertado, um homem novo, livre de dentro para fora. Por outro

lado, considera que a Educação Bancária/Opressora se disfarça de neutra, humana ou democratizadora. A mesma pode melhorar pedagogicamente, mas politicamente apenas aumenta o poder de dividir e iludir.

Para Freire (1993a), a concepção de uma educação libertadora reforça a mudança, como possibilidade de uma educação transformadora, ligada à ação e à reflexão, enquanto um que fazer humanista. Afirma a dialogicidade através do diálogo, dá-se a interação educador-educando com educando-educador, isto é, enfermeira-cliente, cliente-enfermeira, ambos tornam-se sujeitos do processo em que crescem juntos.

A educação já não pode ser só o ato de depositar, narrar ou de transferir conhecimentos e valores aos educandos, meros clientes, à maneira bancária, que serve à dominação do outro (FREIRE, 1993a). Este autor, com sua visão humanista e libertadora, enfatiza que a educação contribui para a humanização dos homens.

Freire ressalta a importância de desenvolver, no processo educativo, o diálogo, a participação, ação-reflexão, a mudança, objetivando a transformação da educação tradicional em “um desenvolvimento individual, uma libertação coletiva, de modo a combater a alienação escolar e propor a redescoberta de uma autonomia criadora (GADOTTI, 1991, p.109).

A atividade educativa da enfermeira é tão antiga quanto a enfermagem moderna que se originou com Florence Nighthingale, no século XIX. Desde então, pode-se dizer que a enfermeira se situa como uma educadora de saúde (NIGHTINGALE, 1969).

A atividade educativa da enfermeira pode ser historicamente compreendida sob duas óticas distintas: a visão tradicional (modelo biomédico) até a década de 1960 e a visão humanista da enfermagem (década de 1970 até o momento). Estas duas visões apresentam diversas abstrações e direcionam a diferentes comportamentos ou modos de agir em relação à atividade educativa da enfermeira, socialmente determinadas e, em decorrência resultam numa práxis (LEOPARDI, 1997).

Segundo Vásquez (1990), a práxis como atividade prática social transformadora, corresponde às necessidades práticas e implica em certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz. Isto é, a

ação transformadora dá-se através da consciência na prática. Ela se dá numa prática que desvenda a realidade ao mesmo tempo em que a transforma.

O mesmo autor destaca que a práxis não pode ser uma prática puramente material, nem puramente teórica, mas requer um constante vai e vem de um plano a outro, o que somente pode ser assegurado se a consciência se mostra ativa, ao longo de todo um processo (...) onde teoria e prática “convergem no produto final” (...) expressão de sua unidade (VÁSQUEZ, 1990).

Portanto, a consciência humana como agente transformador e criador, é essencialmente consciência da prática, uma razão operante, ativa; por conseguinte, esta prática não é apenas uma modificação do mundo material, é ainda, uma modificação de condutas, atitudes, valores, sentimentos, dos seres humanos.

Este processo de transformação da prática em práxis crítica, inovadora e criativa, não incorpora somente a participação, mas também o diálogo, a ação-reflexão-ação e a conscientização, como uma perspectiva de aproximação aos níveis de práxis preconizados por Vásquez, para o desenvolvimento de uma práxis educativa, como possibilidade de superar essa consciência comum ou espontânea que é presente na prática empírica.

Neste sentido, defendo que: **A consciência da práxis educativa no cuidado da enfermeira no contexto hospitalar, como um agir profissional dialógico, criativo, ético e competente, poderá fazer com que o cuidado educativo seja mais efetivo.**

Por isso, tenho como foco as seguintes perguntas norteadoras:

- a) Quais os níveis de práxis educativa reconhecidos pelas enfermeiras durante os cuidados no contexto hospitalar?
- b) Como se evidenciam nas ações educativas das enfermeiras os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão, conscientização e transformação no cuidado hospitalar?
- c) Quais são as razões que dificultam o desenvolvimento das ações educativas da enfermeira no cuidado hospitalar?.

A presente tese se justifica pela contribuição que traz para a enfermagem no âmbito hospitalar, especificamente, nas unidades de internação, pois tem a finalidade de mobilizar a consciência das enfermeiras para um compromisso com a práxis

educativa no contexto do cuidado de enfermagem. Assim sendo, mostrou-se pertinente entrevistar as enfermeiras que trabalham nas unidades de hospitalização, cujo cuidado é por elas realizado, e reconhecer se as ações educativas manifestas durante o cuidado contemplam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão-ação, conscientização e, transformação propostos por Freire. Diante disto, esta pesquisa teve como objetivos:

1.1 Objetivo geral

❖ Compreender e analisar a consciência da práxis educativa das enfermeiras no cuidado hospitalar.

1.2 Objetivos específicos

★ Identificar o nível de práxis que as enfermeiras apresentam acerca das ações educativas no cuidado hospitalar,

★ Analisar como se evidenciam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão-ação, conscientização e transformação nas ações educativas da enfermeira,

★ Identificar as razões ou motivos que dificultam o desenvolvimento das ações educativas das enfermeiras no cuidado hospitalar.

**Educ
para ação
Libert**

Sabe-se que a pedagogia dominante
Fundamenta-se na opressão do homem
Que leva-o a uma prática alienatória
Paralelamente, a "pedagogia do oprimido"
Indica caminhos de descobertas e conquistas
Onde o homem é o sujeito da própria história

Não importa a raça, status social ou sexo,
A ordem é para alienar
Sendo que poucos corajosos e arrojados
Arriscam-se a conspirar e lutar

Na enfermagem nada é diferente
O professor pouco consciente
Que só ensina sobre o doente
Esquece-se que na sociedade nada é excludente

O aluno, por sua vez, reproduz
O modelo apresentado pelo docente
Que acaba sufocando naquele
Qualquer reação, porventura latente

Para vãos mais altos alcançar
O enfermeiro deve buscar sua libertação
Que só se concretizará através da práxis
Processo consciente de reflexão-ação

Portanto, convoco todos nós a participar
E juntos construir de qualquer maneira
Um grandioso e ambicioso projeto
Visando novos rumos para a enfermagem brasileira.

CAPITULO II

CONTEXTUALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO NO CUIDADO DA ENFERMAGEM

2.1 A Educação na Enfermagem

2.1.1 Alguns conceitos da educação

A educação envolve conhecimentos que são propostos e debatidos por pessoas que se preocupam com o processo de desenvolvimento de uma sociedade. Muitos estudiosos afirmam que o vocábulo educar é relevante, mas também gerador de muitas controvérsias. Primeiro, os enfoques filosóficos e político-pedagógicos deram um lugar de destaque a esse vocábulo, que é entendido como verbo-ação: “transformar alguém; fazer evoluir em suas faculdades; promover a educação de alguém; contribuir para humanizar, instruir-se” (SCOTTINI, 1998).

Segundo Mannheim (1993), o termo educação inclui todo o processo através do qual indivíduos adquirem domínio e compreensão de certos conteúdos considerados valiosos. Afirma também o autor que

“as pessoas têm de ser condicionadas e educadas para ajustarem-se aos padrões dominantes da vida social [...] O padrão dominante pode ser democrático ou autoritário; a educação serve a ambos os sistemas. Ao mesmo tempo, ela é apenas uma das técnicas sociais destinadas à criação do tipo desejado de cidadão” (p.89).

A educação como um componente social, conforme manifesta Mannheim, expressa uma concepção que influi no comportamento humano, de forma a este se ajustar aos padrões vigentes da interação e organização social. Seguindo desta valorização, é indispensável saber, nos processos com conformação educativa, sobre as estruturas que detêm atributos para decidir o que e como ensinar.

A atividade educativa teve influência de pensadores ao longo da história, mas só no século XX é que pedagogos e psicólogos começaram a escrever sobre educação e a traçar algumas diretrizes nas qual esta ação se basearia (REIBNITZ; HERR; SOUZA, 1999, p.118).

No entanto, essa controvérsia ganha realce quando analisamos os conteúdos de escritos sobre esse tema. Rezende (1988) refere que para educar não existem fórmulas, mas exige-se que o educador tenha sensibilidade, que não tenha conceitos prontos ou respostas infalíveis, mas que seja vulnerável e tenha a coragem de partilhar solidariamente o conhecimento.

Já Freire (1994a) faz a crítica da educação bancária ou do opressor como contraponto da educação libertadora e humanista, que se centra na igualdade essencial entre os homens, numa pedagogia revolucionária. O autor apresenta a educação libertadora como a que se contrapõe à ‘concepção ingênua’ ou à ‘concepção pessimista’ que diz que a educação reproduz mecanicamente a sociedade, que mantém ocultas certas razões que explicam a maneira como estão os homens no mundo.

Sobre essa perspectiva não se pode aceitar uma concepção mecânica da consciência, ou seja:

A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres (vazios) a quem o mundo (encha) de conteúdos, não pode se basear numa consciência espacializada mecanicistamente, mas nos homens como (corpos) conscientes e na consciência como consciência intencionada ao mundo, onde a educação problematizadora responde à essência do ser da sua consciência, que é sua intencionalidade (FREIRE, 1993 a, p.77).

Assim, o respeito à liberdade dos educandos é uma condição fundamental.

As pedagogias ou teorias da educação vêm sendo estudadas por educadores, pedagogos, cientistas e pesquisadores. Assim, a seguir apresentarei duas Teorias da Educação, a pedagogia da escola tradicional e a pedagogia da escola libertadora, onde o propósito é (re)lembrar, ressignificar e investigar as relações entre a dimensão educativa e sua dimensão social, aproximadamente, nas últimas seis décadas e, conseqüentemente, rever e inserir uma delas para a educação em saúde como propósito da pesquisa estudada, porém, que provoque mudança e transformação, particularmente, para o exercício na práxis da enfermeira.

2.1.1.1 Enfoque Tradicional: falando da educação classista

A Pedagogia Tradicional foi consolidada no Brasil durante o período imperial e as primeiras décadas da república a partir de 1890. Nesse período, os primeiros trinta anos do regime republicano representaram um período de formação e consolidação da Pedagogia Tradicional Brasileira. Historicamente, a educação liberal iniciou com a pedagogia tradicional e, por razões de recomposição da hegemonia da burguesia, evoluiu para a escola nova e esta, para a pedagogia tecnicista. Estas se encontram no grupo das teorias não críticas, porque “compreende a educação como algo não autônomo, mas como algo que é determinado socialmente” (Saviani, 1991, p.8-9).

Libâneo (1994) ressalta que o mesmo grupo de teorias são classificadas como liberais, porque estas têm em comum 'a preparação de indivíduos para o exercício de papéis sociais determinados pela sociedade.

No Brasil, a chamada pedagogia tradicional foi consolidada durante o período imperial e nas primeiras décadas da república, na qual o ensino tradicional foi centrado no intelecto, na transmissão de conteúdo e na pessoa do professor.

Segundo Ghiraldelli (1987) a escola tradicional também se chamava de pedagogia da essência porque tem suas raízes fundadas na filosofia essencialista. Ela é conservadora porque se inspira predominantemente em normas do passado com vistas a resolver problemas atuais, reforçando situações presentes.

Na mesma tendência, Côrrea (1990, p.31) descreve que os princípios básicos do essencialismo foram os seguintes: 1) a aprendizagem envolve necessariamente trabalho árduo e aplicação; 2) a iniciativa na educação deve caber ao professor e não ao aluno; 3) o núcleo da educação é a absorção de matérias prescritas e, 4) a escola deve conservar os métodos de disciplina mental.

Este autor refere que neste tipo de escola o homem é inserido num mundo onde irá conhecer informações fornecidas, consideradas como as mais úteis para ele; é receptor passivo, é uma espécie de tabula rasa no início de sua vida, onde serão impressas imagens e informações as quais poderá repetir a outros. Assim, o adulto, segundo esta concepção tradicional, é considerado um homem acabado, pronto, servindo de modelo ao aluno.

Com respeito ao aspecto social, esta pedagogia realiza um trabalho de muita desvinculação da educação com a sociedade. Assim, a educação em nada contribui para a mudança social; ao contrário, o seu papel é evitar qualquer processo de mudança, com ênfase no aspecto cultural, onde omite a realidade social (NIETSCHE, 1998).

A escola tradicional, segundo Libâneo (1994, p.12), se caracteriza “por acentuar o ensino humanístico tradicional de cultura geral, onde o aluno é educado para atingir pelo próprio esforço sua plena realização como pessoa. Toda a prática educativa é desvinculada do longo cotidiano do aluno e das realidades sociais. As regras são impostas. Existe o cultivo do exclusivamente intelectual”.

Este mesmo autor afirma que a disciplina e a autodisciplina são consideradas básicas para a educação, a moral é extremamente cultivada, pois é através do cultivo dela o aluno terá a felicidade e uma saúde moral. Por sua vez, Saviani (1991, p.10) aborda como papel da escola tradicional “difundir a instrução, transmitir conhecimentos acumulados pela humanidade e sistematizados logicamente. A escola se organiza como uma agência centrada no professor, o qual transmite segundo uma gradação lógica, o acervo cultural aos alunos”.

Certamente, a escola aqui é um lugar por excelência, onde o aluno raciocina, onde se têm as receitas, os modelos, as demonstrações, pois o que impera é o conservadorismo cultural.

Nesta mesma abordagem, Ghiraldelli (1987, p.25) afirma que, para a pedagogia tradicional, “a escola é o ambiente de 'preparação da vida'. É o local onde as crianças e os jovens recebem educação intelectual e preparo moral”. Ou seja, a escola é um privilégio das camadas favorecidas, é autoritária e possui normas disciplinares rígidas.

O autor descreve que as características da escola tradicional são as seguintes: ... “1) o professor é o modelo, transmissor do conhecimento e da cultura, aqui não se considera a cosmovisão e o capital cultural dos alunos; 2) o aluno é um ser receptor passivo devendo assimilar os conteúdos transmitidos pelo professor que é o “dono da verdade absoluta”. Destaca, assim, que o aluno é considerado “educado” e “disciplinado” quando domina o conteúdo cultural transmitido pela escola; 3) o relacionamento professor-aluno é vertical, com predomínio da autoridade do professor;

a comunicação é unilateral, ou seja, do professor aos alunos e a disciplina imposta é o recurso adequado para garantir a atenção e o silêncio; 4) o conteúdo programático das disciplinas é selecionado e organizado pelo professor sem levar em consideração o interesse dos alunos, sem nenhuma relação com a experiência do aluno e das realidades sociais, aqui o indispensável é a quantidade de conteúdos que se transmite; 5) os objetivos educacionais obedecem à seqüência lógica dos conteúdos, estes não são muito explicitados e baseados em documentos legais; 6) os procedimentos de ensino têm base na exposição verbal da matéria e/ou demonstrações centradas no professor, com ênfase nos exercícios, na repetição de conteúdos ou fórmulas de memorização, visando a disciplinar a mente e a formar os hábitos; 7) o processo avaliativo visa à exatidão da reprodução do conteúdo comunicado em sala de aula, aqui a avaliação é para o professor em termos de quantidade e exatidão de informações reproduzidas pelo aluno” (p.26). O processo avaliativo na tendência tradicional dá-se por meio de interrogatórios orais, exercícios de casa, provas escritas e trabalhos.

Documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1991) aponta três maneiras de ensinar, onde se pode ajudar o indivíduo a avaliar a própria maneira de ensinar. Segundo a maneira convencional, sua função do professor possibilita a acomodação; a conseqüência é impedir mudanças e manter a ordem social; sua estratégia é ensinar as pessoas a aceitar e a adaptar-se a situações sociais sem mudar os aspectos injustos e a intenção é controlar a sociedade.

O enfoque é autoritário, o controle rígido; o efeito sobre a comunidade estudantil é opressivo, na qual a rígida autoridade central admite pouca ou nenhuma participação; os alunos-população são vistos passivos, recipientes vazios a serem preenchidos com conhecimentos padronizados, que precisam ser domesticados; no método de ensino, o professor catequiza, os alunos fazem algumas perguntas, o estudo ocorre sobre pressão; o principal modo de aprender é passivo, os alunos recebem o conhecimento e decoram os fatos; o fluxo de conhecimentos, a escola e/ou o serviço de saúde → professor → alunos, tudo num só sentido; o local do ensino, a sala de aula; a interação do grupo, é competitiva (a cooperação nas provas entre os alunos é chamada de fraude) e finalmente, a avaliação, muitas vezes é superficial, feita pela

escola ou pelo serviço de saúde, aqui os alunos e a comunidade são objetos de estudo (BRASIL, 1991,p.17).

Especificamente na Enfermagem, esta pedagogia ainda é vigente e vem formando profissionais acríticos, dóceis e submissos, que sendo incompetentes politicamente, acomodam-se ao sistema e servem aos interesses das classes hegemônicas (REIBNITZ; PRADO, 2006).

2.1.1.2 Metodologia Problematicadora: teoria crítica da educação

Surge dentro de uma visão de educação libertadora, voltada para a transformação social, cuja crença é a de que os sujeitos precisam instruir-se e conscientizar-se de seu papel, seus direitos na sociedade. Trata-se de uma concepção que acredita na educação como uma prática social e não individual ou individualizante. Seus fundamentos estão em Paulo Freire, depois Dermeval Saviani, José Carlos Libâneo, Cipriano Carlos Luckesi e outros (...) educadores brasileiros, inspirados nas teorias histórico-crítica (BERBEL, 1998).

A educação, como hoje é desenvolvida, foi fundamentada em princípios filosóficos e estruturada de acordo com os momentos históricos vividos pela sociedade. A educação tem um papel importante na humanização do ser humano e na transformação pessoal e social.

Na década de 1970 as Teorias Críticas da Educação têm a sua origem com a participação de educadores brasileiros como Paulo Freire, Gadotti, Libâneo, Paulo Nosella, Dermeval Saviani, Miguel Arroyo, entre outros, os quais defenderam a necessidade de mudanças no processo educacional, com uma teoria da educação voltada para os interesses da maioria da população, almejando a sua emancipação-libertação por meio de uma transformação social.

Nas relações entre a educação e a sociedade, as Teorias Críticas apresentam a sociedade como um todo contraditório onde existem lutas de classes; nessa sociedade, quem tem os bens de produção tem também o poder e os bens culturais (MELLO,1986; SAVIANI, 1991; LIBÂNEO, 1994).

Porém, é preciso criar uma sociedade justa e participativa, onde os homens sejam educados para a cidadania. Também manifestam os autores que o conflito não é

algo negativo, mas um modo de ser da sociedade. A educação está a serviço da transformação das relações de produção, da democratização e dos interesses populares.

Para Nietzsche (1998, p.138), a “teoria crítica” pressupõe alguns princípios que podem ser resumidos e anunciados assim: “1) a educação não é um ato isolado e neutro, mas sim um ato social e político; 2) a concepção crítica coloca o homem no centro do universo e este estabelece relações de reciprocidade – o homem é um ser concreto, sujeito de sua história e da educação, situado no tempo e espaço e inserido num contexto sócio-económico-cultural e político –; 3) a educação deve estar voltada para a realidade concreta do indivíduo; 4) os conteúdos são vistos de forma viva, significativa, inacabada, não atomizados, totalmente vinculados à realidade social; 5) o mundo social e o mundo educacional são considerados em sua totalidade; 6) o homem cria a cultura na medida em que, integrando-se nas condições de seu contexto de vida, reflete sobre ela e dá resposta aos desafios que encontra e 7) a sociedade é vista como uma luta de classes cheia de contradições”.

Nesta mesma perspectiva, Silva (1988, p.125) apresenta os valores da educação da escola progressista sendo descritos como: “a) a valorização de conteúdos e modelos educativos atualizados; b) a valorização das atitudes de participação ativa do educando; c) a valorização do homem concreto, conjunto de relações sociais, político, construtor da sociedade e da história; d) a valorização do presente como fonte de valores; os homens assumem suas dificuldades e contradições e, realizam progressos decisivos, projetados no futuro; e) a valorização do aluno, enquanto sujeito ativo, dinâmico, co-participante do processo educativo; f) a valorização da disciplina e do aluno autodisciplinado; g) a valorização do jogo como meio de preparação para a vida do trabalho; h) a valorização do professor enquanto guia-orientador do educando e do processo educativo; i) a valorização da escola como agência difusora de conteúdos vivos, concretos...etc.; j) a valorização prioritária do social; k) a valorização de uma relação “educação-sociedade” crítica; l) a valorização da educação integrada ao processo sócio-político-econômico global e, m) a valorização do trabalho humano, categoria universal e como núcleo gerador de todos os valores da coletividade”.

Libâneo (1994) dentro da Pedagogia Progressista descreve três teorias: a libertadora, a libertária e a crítico-social dos conteúdos. Essas teorias possuem algo em

comum, pois entendem a educação vinculada ao social; por conseguinte, partem da análise das realidades sociais e procuram a transformação da sociedade. No entanto, a sua preocupação com o processo de aprendizagem e com o aspecto político difere em grau entre referidas teorias.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1991), a função da Escola Progressista é reformar e, conseqüentemente, mudar as pessoas para atenderem as necessidades da sociedade, cujo enfoque é paternalista, ou seja, o controle bondoso; no seu método de ensino é o professor quem educa e ocupa os alunos, porém há diálogo e debates, mas o professor decide quais são as respostas. Na avaliação, muitas vezes exagerada por especialistas no ensino ou em saúde, a comunidade e os alunos participam de modo limitado.

Na Pedagogia da Escola Libertadora, Nietzsche (1998, p.141) reafirma que a educação é conceituada como sendo

uma atividade onde professores e alunos, mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo de aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa mesma realidade a fim de nela atuarem num sentido de transformação social.

A Pedagogia Libertadora que se constitui numa proposta de educação crítica, e tem como inspirador e divulgador o brasileiro Paulo Freire, que se preocupa com a valorização do processo de transformação do ser humano enquanto agente transformador de sua realidade, rumo à justiça. Relata que as experiências de Freire restringem-se à educação de adultos (alfabetização) e a educação popular, e estão relacionadas diretamente com a década de 1960, no Brasil (NIETZCHE, 1998). Nesta proposta pedagógica, a educação possui um caráter amplo, não se restringe ao aspecto formal, sendo considerada como uma prática social que tem a finalidade de contribuir para a libertação das classes oprimidas.

Freitas (1987, p.124), na mesma perspectiva de Libâneo, apresenta as características da Escola Libertadora e as descreve como: a) preocupada com a atuação “não formal”, fora da escola; b) professores e alunos são mediatizados pela realidade que aprendem e dela extraem o conteúdo de aprendizagem; c) a transmissão de conteúdos culturais estruturados a partir de fora é condenada e considerada invasão

cultural; d) a ação educacional visa atingir um nível de consciência da realidade, a fim de nela atuar de forma transformadora e e) a forma de trabalho educativo é o grupo de discussão, o qual autoconduz a aprendizagem, define o conteúdo e a dinâmica das atividades e a relação entre educador-educando é horizontal, e tem como método básico o diálogo.

Nesta pedagogia, o professor é um facilitador que, por princípio se nivela aos alunos, adaptando-se às suas características e ao desenvolvimento próprio de cada grupo. Este deve caminhar junto, intervir o mínimo indispensável, quando necessário, para fornecer uma informação mais sistematizada.

Aqui, o aluno é considerado uma pessoa concreta, objetiva, que determina e é determinado pelo social, político, econômico, individual, ou seja, pela própria história. A relação professor-aluno é horizontal, sendo que educador e educando, no diálogo, se posicionam como sujeitos de troca de conhecimentos (FREITAS, 1987; LIBÂNEO, 1994; NIETSCHE, 1998).

Os conteúdos programáticos, chamados de temas geradores, são extraídos da problematização da prática de vida dos educandos, estes devem emergir do saber deles; nesta escola, a metodologia utiliza principalmente o grupo de discussões, a quem cabe autogerir a aprendizagem, definindo o conteúdo e a dinâmica das atividades (FREITAS, 1987; NIETSCHE, 1998).

Os pressupostos de aprendizagem se revelam na força motivadora e esta se dá a partir da codificação de uma situação problema, da qual se toma distância para analisá-la criticamente. O aprendido não decorre de uma imposição ou memorização, mas do nível crítico do conhecimento e do processo de compreensão, reflexão e crítica. Nesta proposta educacional, a avaliação tem como finalidade a formação de uma consciência crítica e o comprometimento que o educando passa a ter com a prática social.

Segundo Gadotti (1991), os homens não têm simplesmente a função de escutar docilmente ou seguir uma prescrição, sendo só meros objetos desse processo. Eles têm um objetivo maior: tornarem-se sujeitos do processo que rompe com esquemas verticais, característicos de uma educação conservadora, para assim superarem essa contradição.

Nesse sentido, Freire (1993a) faz a crítica da educação bancária ou da educação do opressor e, como contraponto, lança a educação libertadora e humanista. O autor apresenta a educação libertadora ou problematizadora como a que se contrapõe à bancária, na qual há uma visão distorcida da educação, não há diálogo, não há criatividade, não há respeito à autonomia, não há transformação, não há saber, podendo ser reconhecida como cultura do silêncio, na qual os homens são vistos apenas como simples seres de adaptação. Para isto, a educação bancária mitifica a realidade, servindo à dominação, impedindo a intencionalidade, negando aos homens a vocação ontológica e histórica de humanizar-se.

Na concepção libertadora, Freire (1993 a, p.78) afirma a dialogicidade, de caráter autenticamente reflexivo, crítico, na qual a pessoa se percebe como responsável por sua realidade, “o diálogo é aquele encontro em que se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos como uma exigência existencial; assim, a palavra nutre-se de amor, porque é um ato de coragem e valentia, sendo o compromisso com os homens, com sua causa de libertação”.

O significado educacional da Metodologia da Problematização oferece-nos subsídios teóricos, bem como aspectos pedagógicos e filosóficos que a fundamentam numa perspectiva de educação humanizadora e problematizadora, também no sentido de ampliar e inovar esse movimento de busca sobre a práxis educativa e para a construção do tema em estudo.

A educação é um processo contínuo que envolve construção e transformação. Para Briceño (2002), ninguém escapa desse processo, pois todos os dias misturam a vida com a educação. Nos mais diversos lugares, na rua, em casa, na igreja ou na escola, de uma maneira formal ou informal, nós vivenciamos o processo educativo para aprender, para ensinar, para aprender e ensinar, para saber, para fazer, para ser ou para conviver. Este mesmo autor parte da premissa: “ninguém pode cuidar da saúde do outro, se este não quiser fazê-lo por si mesmo” (p. 20).

Porém, para vencer a resistência das pessoas a educação requer maior ênfase num elemento muitas vezes esquecido o ser humano. Isto implica dois postulados e/ou princípios: é necessário conhecer o ser humano e é necessário contar com o ser humano. As sete teses propostas por Briceño sobre a relação entre a educação sanitária

e a participação na saúde têm o objetivo de contribuir para melhorar a educação e a participação das pessoas.

Freire (1993b, p.38) menciona que a neutralidade na educação é impossível e que devemos, enquanto educadores, reconhecer e assumir sua politicidade. Ressalta que uma das belezas da “prática educativa está no reconhecimento e na assunção de sua politicidade que nos leva a viver o respeito real aos educandos ao não tratar de forma sub-reptícia ou de forma grosseira, de impor-lhes nossos pontos de vista”.

O fato de a Enfermagem ser uma profissão que aparenta ser eminentemente exercida com procedimentos técnicos, por muito tempo fez seu ensino centrado apenas no aspecto instrumental. No entanto, o advento de outras tecnologias de educação tem possibilitado que a Enfermagem também se beneficie da concepção educativa transformadora. A educação se processa em todos os lugares, não só nas escolas, mas em qualquer espaço onde as pessoas estejam participando de alguma atividade, portanto, é parte do contexto social e como tal não pode ser neutra em seus objetivos.

Compreendendo os seus fundamentos, as suas características e etapas do processo, as enfermeiras, podem aplicá-los nos cuidados que prestam desenvolvendo uma práxis educativa no cuidado à clientela hospitalizada, pois assim é possível atingir ou não nossos objetivos de enfermeiras e educadoras.

A equipe de Enfermagem tem influência na determinação do perfil do cliente e deveria refletir mais sobre o seu papel e propiciar espaço de participação e diálogo envolvendo todos os segmentos – equipe de Enfermagem, acadêmicos, discentes, – a fim de inovar e, coletivamente, proceder às mudanças necessárias no atual processo de educar-cuidar.

Briceño (2002) propõe as sete teses sobre a relação entre educação sanitária e participação em saúde e as considera importantes para compreender o que ocorre nesta relação e contribuir para a melhoria da educação e participação das pessoas. Na tese I propõe: “a educação não é só o que se dá em programas educativos, mas em toda a ação sanitária”. Pode-se dizer que há dois tipos de educação sanitária. A primeira, a formal, é a que se imagina quando se pensa na educação; uma conferência, um folheto. Mas há outro tipo de educação, a informal, que se desenvolve nas ações do cuidado da Enfermagem no seu dia-a-dia.

Espinoza (1998) diz que a educação tem caráter histórico, contínuo e permanente. Estamos todos nos educando. Os homens por serem inacabados, incompletos, inconclusos, transcendentais e ontológicos, não sabem de maneira absoluta. A sabedoria parte da ignorância. Não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos, há encontro de homens que, em comunhão, buscam saber mais e ser mais. O saber se faz através de uma superação constante dessa contradição, na qual o homem percebe sua realidade concretamente.

Briceño e Espinoza incitam para um educar responsável, comprometido, inerente ao papel do profissional que vai ao encontro das necessidades do outro. Assim, dá subsídios para aplicação em enfermagem para que se garanta um cuidado de qualidade junto ao cliente, visando um viver saudável de todos os envolvidos.

Deixe eu te cuidar

Deixa que eu estenda a minha mão
E acaricie a tua dor.
Deixa verter o teu sofrimento
E alivia o teu adoecimento.
Deixa que eu cuide o teu ser
E me torne tua complice.
Deixa o medo respirar
Até o inundar-se e se afogar.
Permita que eu te guie
Quando estiveres aflito
E não puderes ver a luz.
Deixa que a energia flua
E quando ausente me fizer
Te sintas com coragem para atravessar o tempo...
Permita que minha presença
Te conforte e te proteja.
Deixa teu ser fortificar-se
Até sentir a hora de alçar vôo.
Eu ficarei te imaginando
Uma eterna nuvem
No céu do meu cuidado
Que me soprará a brisa
Para ajudar a outros voarem
Para mundos desconhecidos.

2.2 O Cuidado na Enfermagem

2.2.1 Conceitos

Tem-se falado muito acerca do cuidado como a essência do trabalho da enfermagem. Para uns, como objeto de trabalho, para outros como a característica única e essencial do exercício profissional.

Todo ser humano busca o cuidado segundo os valores de vida e o amor próprio e parece ser uma resposta às necessidades manifestas e percebidas, mas, pode igualmente ser dirigido por necessidades criadas ou provocadas por diversos fatores.

Vários são os autores que neste sentido, têm discutido o papel de cuidar e do cuidado da Enfermagem ao paciente/cidadão. Embora tenha sido nos EUA que a abordagem sobre o cuidar/cuidado emergiu e ganhou impulso, no final da década de oitenta e início de noventa do século XX, ela se difundiu na Austrália, Europa, Canadá e mais recentemente no Brasil.

Nesta revisão de literatura sobre o cuidado da enfermeira tento dar ao leitor uma idéia acerca do Estado da Arte e da Ciência no Cuidado da Enfermagem nesse campo. Assim apresento alguns autores em nível internacional e nacional os quais têm uma convergência, bem como pontos em comum e complementações sobre a mesma.

Horta (1974, p.36) afirmava que “a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta assistência através da educação; recuperação, manutenção e promoção de sua saúde pela colaboração com outros grupos profissionais”. Ressalta que a enfermagem consiste, antes de tudo, em ajudar o indivíduo, enfermo ou não, na execução daquelas atividades que contribuam para a manutenção da saúde, a sua recuperação ou para alcançar uma morte tranqüila.

Os cuidados de enfermagem podem incluir desde o simples auxílio ao paciente que não pode se alimentar pelos seus próprios meios, até as medidas altamente complexas que envolvem o cuidado aos pacientes de uma unidade de terapia intensiva ou a uma família com variados problemas, no sentido de satisfação de suas necessidades de saúde, integrando-a na comunidade à qual pertence.

Bachand (1974) deixou evidente que a função específica do médico é a cura e a do enfermeiro é o cuidado reconhecendo que esses dois profissionais têm uma área de superposição de atividades, marcada por medidas de cooperação interprofissional.

Muitos conceitos, práticas e rituais de cuidar/cuidado têm merecido a atenção de várias estudiosas e, apesar da vasta literatura sobre o cuidado algumas críticas apontam para a necessidade de expandir e aprofundar alguns aspectos.

Mayeroff (1971) afirma que podemos perceber o cuidado em nós mesmos e nos outros, através de expressões de percepção, paciência, ritmos alternados, coragem, honestidade, fé, humildade e esperança. Mayeroff (1971) vinculou o cuidado ao crescimento e à realização do ser humano, caracterizando-o como um processo relacional em que o ser que cuida, encara o ser cuidado como tendo possibilidades e necessidades de crescer.

Um outro pressuposto desta teoria é o de que ser pessoa implica em um processo de viver fundamentado no cuidado. Ser pessoa significa viver quem nós somos. Significa viver a vida em harmonia com as próprias convicções e valores, é ser autêntico. O objetivo de a enfermeira estar com alguém é conhecer este alguém enquanto um ser que vive e cresce através do cuidado. Nosso modelo de se relacionar transmite convicções e valores que prezamos. Para o mesmo autor:

Ajudar outra pessoa a crescer é pelo menos ajudá-la a cuidar de alguma coisa ou de alguém além de si mesma, o que implica encorajá-la e ajudá-la a descobrir e criar áreas próprias das quais ela seja capaz de cuidar. É também ajudar a outra pessoa a chegar a cuidar de si mesma, através do reconhecimento da sua própria necessidade de cuidar, a tornar-se responsável por sua própria vida (p.31).

Segundo Mayeroff (1971, p.37) ajudar o outro a crescer constitui o modelo básico do cuidado, cujos componentes essenciais são os seguintes:

•**O Conhecimento:** é preciso conhecer quem é o outro, quais são suas atitudes, limitações e necessidades e o que conduz ao seu crescimento. Importante é que o ser cuidador saiba responder às necessidades do outro e reconheça suas próprias atitudes e limitações. A relação de cuidado, portanto, inclui conhecimentos explícitos e implícitos, diretos e indiretos.

•**Ritmos Alternados:** implicam avaliar as ações cuidativas e aprender a partir do passado, mantendo ou modificando o comportamento de modo a poder prestar uma ajuda mais efetiva.

•**Paciência:** é permitir o crescimento do outro em seu próprio tempo e de sua própria maneira. É o modo de participar com o outro, ‘ouvindo com paciência o homem atormentado; estando presente ao seu lado, nós lhe damos espaço para pensar e sentir, espaço para viver.

•**Sinceridade:** consiste em ver o outro como ele é não como gostaríamos que fosse, ou como consideramos que devesse ser; significa respeitar suas necessidades de mutação; é agir com franqueza, estando aberto para si e para o outro, como uma presença autêntica.

•**Confiança:** é confiar na possibilidade de a outra pessoa errar e aprender a partir de seus erros. Confiar no outro é deixá-lo em liberdade; isto inclui um elemento de risco e um salto no desconhecido, e ambos exigem coragem. A confiança deve, também, estender-se à capacidade de cuidar.

•**Humildade:** significa superar a pretensão e assumir que, no cuidado, há sempre algo mais a aprender sobre o outro e sobre aquilo que o cuidado compreende; inclui aceitar as próprias limitações como cuidador.

•**Esperança:** representa a possibilidade da realização do outro por meio da relação de cuidado.

•**Coragem:** é a capacidade de assumir riscos e desafiar o desconhecido, fundamentada na confiança, no crescimento e na própria capacidade de cuidar.

Assim, a autonomia de relação entre os seres cuidadores e seres cuidados, implícita no pensamento de Mayeroff, requer o desenvolvimento de condições institucionais que possibilitem a nós, profissionais da área da saúde docentes, estabelecer um ambiente de microrrelações no qual sentimentos e afetos possam incorporar ao ato educativo a ação terapêutica do cuidado.

Lopes (1998, p.49) afirma que, “para a enfermagem, essa dimensão foi a sustentação ideológica, por longo período, da profissão centrada na pessoa, na figura da enfermeira, e essa dimensão tenta hoje se incorporar na globalidade do cuidado e se configurar em verdadeira qualificação”.

Watson (1985) contribuiu com outra teoria sobre o cuidar/cuidado, na qual diz que a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidar/cuidado. Para a autora, uma forma de entender a Enfermagem é através da identificação, descrição e investigação dos fatores científicos e humanísticos principais e essenciais. Isto é, em princípio, mecanismos de *cuidar de* outro ser humano implicam, além de uma abordagem humanística, numa abordagem comportamental. A mesma autora entende que é necessário destacar similaridades e diferenças entre a ciência e o humanismo (filosofia, arte e literatura). Ela diz que a ciência anuncia a neutralidade com respeito aos valores humanos e tem como preocupação métodos, generalizações e predições, excluindo a experiência individual. O humanismo engloba e se preocupa com a compreensão e avaliação das metas e experiências humanas, com as respostas emocionais, as experiências, as diferenças individuais e suas singularidades.

Conseqüentemente, estas diferenças entre ciência e humanismo deveriam ser consideradas tanto no meio acadêmico como na prática profissional. Portanto, a ciência para o fenômeno cuidar/cuidado não pode continuar separada ou indiferente às emoções humanas, ou seja, ela não pode ser totalmente neutra com relação a valores humanos. Por isto, esta ciência para o cuidar/cuidado necessita ainda da análise e compreensão do significado das ações humanas e dos valores que determinam as escolhas humanas na saúde e na doença.

Watson (1985, p.8) afirma ainda que a ação de Enfermagem deve combinar um sistema de valores humanísticos com conhecimentos científicos básicos. Essa combinação científico-humanística fundamenta a 'ciência do cuidado', construída com fundamento nos sete pressupostos básicos da ciência para o cuidar/cuidado humano sendo os seguintes: primeiro: o cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado somente de forma interpessoal; segundo: o cuidado consiste de 'fatores de cuidado' que resultam na satisfação de certas necessidades humanas; terceiro: o cuidado efetivo promove saúde e crescimento individual ou familiar; quarto: as respostas de cuidado aceitam uma pessoa não somente como ela é, no momento, mas como aquilo que ela pode vir a ser; quinto: um ambiente de cuidado é aquele que propicia o desenvolvimento do potencial da pessoa, ao mesmo tempo em que lhe permite escolher a melhor ação para si mesma em um determinado ponto no tempo;

sexto: o cuidado é mais gerador de saúde do que curativo. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico com o conhecimento do comportamento humano para gerar e promover a saúde e para prover auxílio àqueles que estão doentes. Uma ciência do cuidado é, portanto, um complemento à ciência da cura; sétimo e último pressuposto reafirma que a prática do cuidado é fundamental à Enfermagem.

Segundo Watson (1988), o cuidado é entendido como uma ação transpessoal e como ideal moral da Enfermagem, destinado a proteger, acentuar e preservar a natureza humana, ajudando a pessoa a encontrar o significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência, gerando autoconhecimento, harmonia interior, autocura e autocuidado.

Watson (1990, p.20) discute o cuidado a partir das perspectivas epistemológicas, ontológicas e direcionadas à prática. A perspectiva epistemológica tem apontado diferentes formas de conhecimento sobre o cuidar, dentre as quais destacam-se o conhecimento estético, o pessoal-intuitivo, o empírico, o ético-moral e o metafísico-espiritual. Já a perspectiva ontológica aborda o cuidar como uma forma especial de ser no mundo, enquanto que a perspectiva direcionada à prática focaliza novas modalidades de cuidar, a prática de conhecer, ser e fazer na relação do cuidar, bem como as modalidades de cura natural.

Em uma revisão teórica sobre o cuidado, Waldow (1992, p.30) descreve os significados atribuídos por Grant à expressão *care*: como substantivo – cuidado – deriva da palavra gótica *Kara* e significa aflição, pesar ou tristeza; como verbo – cuidar – significa ter preocupação, ou sentir uma inclinação ou preferência, ou também, respeitar/considerar no sentido de ligação, de afeto, de amor, de carinho e simpatia.

Waldow (1992, 1998) enfatiza a necessidade e importância do estudo do processo e do fenômeno de cuidar/cuidado da enfermagem na cultura brasileira. Considera que suas particularidades e a realidade da prática profissional no Brasil merecem ser exploradas para o avanço da profissão, de maneira independente e original. Para esta autora, existem duas teorias de enfermagem (a primeira de Madeleine Leininger e a segunda de Jean Watson), que têm aprofundado o fenômeno e que no cenário mundial da enfermagem, guiaram em grande parte estudos,

investigações e discussões, as quais deram inspiração e origem a novos modelos e propostas teóricas para a prática e o ensino de enfermagem.

Segundo Waldow (1998), Leininger deu sua primeira e maior contribuição para uma das teorias do cuidar-cuidado, fundamentada num modelo transcultural de Enfermagem. Esta engloba a idéia do cuidar-cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas no universo, daí sua denominação de Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, também, conhecida como a Teoria Cultural do Cuidado. Nesta teoria, ela identificou diferenças na maneira das pessoas expressarem e se comportarem sobre o cuidar/cuidado e que pareciam estar articuladas a padrões culturais.

Leininger (1991) argumenta que o cuidado é o foco único e domínio central da enfermagem e é a contribuição especial da enfermagem para a sociedade. Afirma também a autora, se os fenômenos do cuidado forem plenamente estudados, um corpo distinto de conhecimentos de enfermagem será descoberto, e terá impacto sobre a educação/ensino e a prática do cuidado, e além disso, a enfermagem terá conhecimento substancial para assim orientar as práticas de cuidado de enfermagem, sendo por conseguinte, desta forma uma disciplina distinta, com uma contribuição única no mundo.

Em linguagem metafórica Silva (1995, p.36) apresenta o processo de cuidar em Enfermagem através da metáfora ‘Em direção ao planeta do jardinar’ como um processo de aprendizagem sendo “o aprender a essência de bem cuidar, ter a missão de cuidar, aprender a arte de cuidar, a diversidade do cuidar, outros modos de cuidar, o autocuidado, suas implicações para a pesquisa e a prática do cuidado, o processo criativo de cuidar; a enfermagem sempre busca preservar a identidade muito arraigada do seu modelo de jardinar/cuidar”.

Para a mesma autora, o cuidar passou a ser entendido como o processo de interação dinâmica, intuitiva e criativa entre cada um dos entes, cliente-enfermeiro-ambiente, onde estes, de forma original e única, se autoconhecem e se autotransformam. Silva defende que o desenvolvimento do processo de cuidar confirma a importância do relacionamento de ajuda aos outros, entretanto, básico é o envolvimento e ele só acontece quando existe amor. Conseqüentemente, a atitude

terapêutica tem como elemento de base o amor – sentimento que se desenvolve à medida que a(o) jardineira(o)/enfermeira(o) busca uma crescente dinamização, complexificação e conscientização do seu ser, a habilidade para jardinar/cuidar só se adquire jardinando/cuidando e pesquisando novas formas de jardinar/cuidar (SILVA, 1995).

Para Erdmann (1996, p.68), o sistema de cuidados de Enfermagem se configura por movimentos e ondulações de relações, interações e associações em estruturas e propriedades de processos auto-eco-organizadores de diferentes dimensões do cuidado. Estas vão desde o cuidar de si, de si junto com o outro, de sentir o sistema pessoal, de ser cuidado pelo outro, de sentir o sistema processar o cuidado do corpo por si próprio, de ser-estar no sistema de relações múltiplas de cuidado até a dimensão de cuidado com a natureza, integrando-se com os demais sistemas sociais e naturais, fortalecendo o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de uma melhor sobrevivência, de vida e civilidade humana. Segundo esta perspectiva administrativa, se entende o cuidado de Enfermagem como um sistema dependente das interações dos seres humanos e do compartilhar conhecimentos e sentimentos para o crescimento e a sobrevivência humana.

Já Leopardi (1997, p.57) apresenta uma nova definição do cuidado de Enfermagem, para além de sua caracterização técnica, que não se satisfaz com a imposição científica nas quais as profissões da saúde procuram imergir. Para a autora, o cuidar “é mais que um trabalho, é um valor preservado pelos profissionais de Enfermagem que, se não souberam ainda superar o modelo vigente, não abandonaram jamais sua utopia de bem cuidar”. Para esta autora, o cuidado das pessoas tem fundamento no conhecimento e no calor humano, sendo que o cuidado passou a ter um valor em si mesmo, como uma condição para a cura.

A arte de cuidar é um exercício que se constrói pelo afastamento em relação às formas de uma ocultação ideológica; sem mitos, dogmas ou evasivas, identificando-se valores a serem reafirmados profissionalmente. Porém, o cuidar inclui o reconhecimento de uma interligação entre si e o outro, como uma condição da terapêutica, ou seja, cuido de mim e do outro com o mesmo empenho e busco ajuda quando não tenho os meios para todo o cuidado necessário (LEOPARDI, 1997).

Esta perspectiva de cuidado significa ocupar-se de aspectos não unicamente objetivos, próprios de um enfoque da interdisciplinaridade, como argumento de nossa competência limitada. Assim, a totalidade do ser humano é algo que se traduz numa atuação integral, bem como numa compreensão mais dinâmica, flexível e horizontal do que somente o sujeito que procura o cuidado para recuperar ou manter sua saúde.

Para Boykin (1998), o cuidado é um processo, vivenciado a cada momento, de maneira singular em que cada encontro é uma oportunidade de crescimento na prestação de cuidado. Entretanto, tal processo requer autenticidade e receptividade.

Ao desvelar a multivariada do cuidado, Silva (1998, p.238) conclui: “o cuidado é um processo inter-relacional e contextual, que envolve as mais diversificadas formas de expressividade terapêutica, de conhecimento, habilidade e experiências prévias de cuidado”.

Por conseguinte, o sentido atribuído à expressão cuidar envolve uma interação interpessoal que se evidencia no processo de cuidar. Waldow (1998, p. 73) aborda “como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer”.

Para Waldow (1998, p.77), apesar de existir essa exigência externa “indireta”, a aderência do processo de cuidar às tarefas administrativas é decorrente do seu *status* mais elevado com relação às ações educativas diretas e ao papel opressor e passivo que elas detêm, entretanto, “as enfermeiras, deliberadamente, evitam as atividades de cuidar, ou pelo menos aquelas que são consideradas de menos valor, ironicamente aquelas que, na verdade, são específicas do processo de cuidar”.

Em suma, percebo que a profissional de Enfermagem nesse espaço conflitual do cuidado também se debate entre o cuidado direto, ideologicamente transmitido pela academia, e o cuidado indireto que é obrigada e exigida a desempenhar no âmbito hospitalar.

É importante aqui destacar o pensamento de Collière (1999) que declara que, desde que surgiu a vida, existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela permaneça. O ser humano, como todos os outros seres vivos, sempre necessitaram de cuidados; *tomar conta de* é um ato que permite a continuidade e o desenvolvimento da vida.

O cuidar é percebido como um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia. É também um ato de reciprocidade, que somos levados a prestar a toda pessoa que tem necessidade de ajuda para atender suas necessidades (COLLIÈRE, 1999).

Silva (1998), ao focar o cuidado entre os cuidadores, relata que muitos cuidadores têm reproduzido o discurso dominante entre eles próprios, profissionais de enfermagem, junto aos sujeitos-do-cuidado e aos alunos. Aponta a autora que esse discurso tem se reproduzido pela manutenção dos currículos reducionistas, que priorizam a doença e descontextualizam o ser humano e o cuidar de suas dimensões sociais, históricas, políticas, econômicas, psicológicas e espirituais.

Ferreira (1999, p. 63) diz que a solidariedade “é um laço mútuo ou vínculo que estabelece interdependência entre pessoas. Vínculo recíproco de pessoas ou coisas independentes, sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e às responsabilidades de um grupo social. É uma relação de responsabilidade entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira que cada um se sinta na obrigação moral de apoiar o outro”.

Nesta mesma perspectiva do cuidado, Boff (2001) destaca que um dos princípios essenciais é a solidariedade e a compaixão. O ser humano solidário estabelece uma relação genuína de aproximação e distância, união e respeito, que coloca verdadeiramente os compromissos éticos acima dos interesses e vontades individuais. Este cuidado é, portanto, um laço mútuo ou vínculo que estabelece uma interdependência entre as pessoas.

Segundo Bettinelli (2002) a ‘solidariedade ética’ é dual, assentada na vontade de um e na receptividade do outro, respeitando-se o individual, mas não se esquecendo do coletivo. Seu princípio é bilateral por tratar das relações recíprocas dos indivíduos no viver em sociedade, onde a espontaneidade de um e a receptividade do outro formam uma unidade. Na reciprocidade entre as pessoas é que se constitui, verdadeiramente, o espírito de viver coletivo no ambiente hospitalar.

Assim, o profissional da saúde que é solidário, protege a integridade e facilita a aproximação e a interação das pessoas, fortalecendo as relações de aproximação, de compartilhamento e participação pelo diálogo.

Boff (2001) diz que, segundo alguns estudiosos, a filologia da palavra ‘cuidado’ deriva do latim “cura”, que na sua forma mais antiga se escrevia ‘coera’. Este termo expressava uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação num contexto de amor e amizade.

A primeira idéia e conotação básica do verbo cuidar é que ela traduz uma ação de tratar alguém, atender alguém, preocupar-se com uma outra pessoa ou indivíduo. Já, o cuidado se traduz na execução dessas ações, ou seja, é o tratamento, o desvelo e a atenção dispensada a alguém que será o receptor do cuidado, em qualquer de suas necessidades seja física, psicológica, social e espiritual.

Já outros autores, afirma Boff, derivam cuidado dos termos cogitare, cogitatus, coyedar, coidar, cuidar, empregando-o com a mesma acepção de coera. Neste sentido, o autor atribui duas significações básicas ao cuidado: 1) atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e 2) atitude de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro. Assim, para o autor, esses dois significados básicos do cuidado configuram um modo-de-ser-no-mundo que permite estabelecer as relações com todas as coisas.

Para Boff (2001), a abordagem fenomenológica destaca o cuidado humano como a maneira pela qual o cuidado se torna um fenômeno para a nossa consciência, se mostra em nossa experiência e é ela quem molda a nossa prática no cotidiano. Nesta abordagem, não se pode pensar e falar sobre o cuidado como um objeto independente de nós, mas pensar e falar a partir do cuidado como ele é vivido e como se estrutura em nós mesmos; então, nós não temos cuidado, nós somos cuidado. Para ele, o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano, sendo este o modo-de-ser singular do homem e da mulher que podem, por isto, até deixar de ser humanos sem a presença desse cuidado.

Nesta mesma perspectiva, compreendo que o cuidado de Enfermagem não é determinado somente pela concepção epistemológica que prioriza as questões do conhecimento científico, da aplicabilidade de cuidados diretos ao sujeito do nosso cuidado. Compreendo-o para além disso; o considero como características mais abrangentes, sendo também estruturado dentro de concepções ontológicas, pois isto ocorre por meio da relação e compromisso consigo e com o outro, uma vez que se

configura como um modo-de-ser essencial do ser humano, visto por Boff (2001, p. 34), como “o modo-de-ser, não é um novo ser, é uma maneira do próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer”.

Por conseguinte, penso que como o objetivo da enfermeira é assistir/cuidar o cliente, num processo dinâmico, terapêutico e educativo de satisfazer suas necessidades, também é conhecer este cliente enquanto ser que vive e cresce através desse cuidado que nós enfermeiras desenvolvemos no dia-a-dia através de nossa prática profissional. Esse cuidado humano de Enfermagem está embutido em valores pessoais, os quais independentemente do enfoque ou abordagem, devem priorizar a liberdade, o respeito, o amor, a paciência, a disponibilidade, entre outros aspectos.

Caldas (2001) destaca que o cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem e afirma que, além disso, é também a finalidade, o objetivo e a prática da profissão de enfermagem. Assim, a autora reconhece que é a(o) enfermeira(o) que tem no cuidado a especificidade de sua ação profissional e, para ela, esse cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado, ou seja, é o compromisso com o cuidado que envolve também o auto-cuidado, a auto-estima, a auto-valorização, a cidadania da própria pessoa que cuida.

Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001, p. 32) entendem o cuidado como o objeto epistemológico da Enfermagem, sobre o qual desenvolvemos nosso conhecimento e, como tal, o cuidado não pode ser compreendido como objeto de trabalho. As autoras também ressaltam que todo desenvolvimento teórico e tecnológico sobre o cuidado enquanto objeto epistemológico deve priorizar a lógica das necessidades da clientela e não só a lógica institucional.

Vejo o cuidado da Enfermagem como a essência da profissão, na qual a enfermeira inclui características humana tais como: amor, paciência, respeito, cordialidade, compaixão, ternura, gentileza, bom trato, preocupação, inquietação, coragem, responsabilidade, sinergia, disponibilidade, carícia, humildade, amabilidade, bom humor, envolvimento, afeto, solidariedade, cordialidade, conhecimento, competência, ética, arte, habilidade instrumental, compromisso, ligação com o outro, atenção para com o outro.

O cuidado é uma intervenção interpessoal e se manifesta nas relações compartilhadas, expressando-se numa interação com o outro que engloba atitudes e responsabilidades, pois o cuidado humano inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a atitude de preocupação e de inquietação (BOFF, 2001). Assim, se nós enfermeiras não estivéssemos envolvidas no cuidado cultivando-o, seríamos negligentes e indiferentes com a vida do outro e mesmo com a nossa própria.

Maia et al (2002) apresentam o cuidar como um processo, no qual o cuidado é vivido momento a momento num contínuo, podendo ser considerado como um infinito vir a ser, em que se dá como uma experiência relacional que engloba responsabilidades de compromisso para consigo e para com o outro, onde ambos se desvelam. Assim, uma relação de cuidar se caracteriza pelo conhecimento, sensibilidade, habilidade técnica e espiritualidade, aspectos compartilhados pelo profissional de saúde com o outro, ajudando-o a crescer.

O estudo e a compreensão do cuidado humano na enfermagem desencadeiam a tomada de consciência e de atitude dos profissionais diante de todas as formas de não cuidado com o cliente, a família e a sociedade. Por isto o cuidar deve ser delineado pelos profissionais de enfermagem como um ideal ético e moral, de modo a ajudar as pessoas a encontrarem significados nas suas doenças, seus sofrimentos e suas dores, na sua existência e no desenvolver de hábitos de promoção da saúde.

Carraro (2003, p.2) relata que a Enfermagem surgiu da necessidade de cuidado do ser humano, alicerçada no amor, na compaixão e na disponibilidade para a humanidade. Refere ainda que, segundo o saber Nightingaliano, o ser humano possui um poder vital que reage positiva ou negativamente durante o processo saúde-doença. Por conseguinte, esse vitalismo apresenta três características como segue: “a) que a força vital é responsável pela vida; b) o ser humano deve ser visto de modo integral e, c) o ser humano adoece por inteiro e não apenas em parte”.

A autora destaca também alguns fatos marcantes na história do cuidado e manifesta que durante milhares de anos, os ditos cuidados não pertenceram a profissão alguma, mas diziam respeito a qualquer pessoa que ajudasse outra a garantir o necessário para continuar vivendo, em relação à vida do grupo. Porém, no início, essa

prática era intuitiva, como o cuidado da mulher-mãe para com o seu recém-nascido, que evoluiu para um fazer científico, crítico e reflexivo.

Continuando, a autora manifesta que a metodologia do cuidado é um processo dinâmico, aberto e contínuo, que visa propiciar ao ser humano as melhores condições para vivenciar de modo saudável o processo saúde-doença que o levou a conviver com a equipe de saúde.

Souza et al (2005) fazem uma reflexão teórica sobre o cuidado de enfermagem a partir da dimensão ético-política e alguns aspectos históricos-filosóficos que o caracterizam. Para eles, o ato de cuidar desvela o existencial, sentimentos, atitudes e ações como vontades, desejos, inclinações e impulsos, isto é, o homem perante o mundo, os outros e a si mesmo. Afirmam também que compreender o valor do cuidado de Enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão.

Gonçalves e Schier (2005) destacam que a estratégia tradicional do cuidar/cuidado na qual o profissional é o detentor do saber/fazer, não é mais cabível nos dias de hoje. O cliente, sujeito ativo do viver, requer ser ouvido no seu pensar e agir, para que no diálogo, aconteça o processo evolutivo da educação em saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida. O cuidado como característica básica e objeto epistemológico da enfermagem tem de ser diferenciado, ou seja, ir além da rotina, do mecanicismo, do individualismo, do comodismo, do descuido, da falta de compaixão, da falta de trabalho em equipe e da ignorância científica. É uma utopia que mobiliza mudanças na teoria e na prática do cuidado, na própria enfermagem. Assim o cuidado da enfermagem manifesta-se alicerçado em três elementos essenciais: aspecto teórico, aspecto prático e aspecto ético-moral. Portanto, o cuidado é um sistema dependente das interações dos seres humanos e da partilha de conhecimentos, sentimentos e valores para o crescimento e a sobrevivência humana.

2.2.2 O cuidado ao ser humano hospitalizado

Hoje temos muitos trabalhos com a temática do cuidado na enfermagem sobre várias perspectivas paradigmáticas e muitos deles no campo domiciliar com relação ao trabalho da enfermagem assistencial que oferece o cuidado no âmbito ambulatorial, assim como no contexto hospitalar.

Ao estudar a percepção de pacientes hospitalizados sobre o cuidado e não cuidado, Riemen (1986, p. 75) observou que, na maioria das vezes, os pacientes referem mais as situações de não cuidado, por serem consideradas mais marcantes. Entre as expressões que os pacientes colocaram em relação à atitude da enfermeira destacam-se: “ela está sempre correndo; ela não tem tempo para conversar; ela realmente parece não querer falar; quando eu estou falando com ela, ela não olha diretamente para mim”, ou seja, a linguagem corporal da enfermeira, segundo a percepção dos pacientes, muitas vezes demonstra desinteresse pela pessoa que procura o cuidado no cenário clínico.

Em decorrência destas percepções, o autor também relata que foi observado que os pacientes sentiam-se frustrados, amedrontados, deprimidos, com raiva e outros sentimentos de despersonalização e destruição da auto-estima. Com respeito ao cuidado, percebido como tal, desenvolvido pela enfermeira, os pacientes relataram sentimentos de interação e cumplicidade; eles percebem e valorizam quando a enfermeira está disponível e presente, ouvindo, respondendo-lhe e valorizando-o como indivíduo. Desta forma, o cuidado resulta em sentimentos de conforto, segurança, paz e relaxamento (RIEMEN, 1986).

Crosetti, Arruda e Waldow (1998), em estudo exploratório descritivo sobre os elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeiras, referem que os sub-temas mais citados de acordo com as temáticas foram: qualidade do cuidador e condições para cuidar conhecimento (21,48%); a qualidade de quem é cuidado: confiança (33,37%); a condição do cuidador: satisfação (39,29%); sensação de quem é cuidado: amparo (34,43%); momento de cuidar: cuidado possível e observação (41,86%); resultados do cuidado: reabilitação (30,64%).

Percebe-se na manifestação dos sujeitos que as dimensões dos elementos do cuidar/cuidado constituem os aspectos expressivos e instrumentais, quais sejam aqueles que se caracterizam pelo modo de ser e estar de pacientes e enfermeiras no mundo de cuidar e pelo fazer profissional inerente às ações terapêuticas e propedêuticas de enfermagem, atestando que o cuidado na enfermagem vai além do simples executar de procedimentos básicos na profissão.

O estudo de Maia (1998) teve como finalidade Identificar os elementos do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais e verificou a descrição dos elementos do cuidado segundo a clientela. Tais elementos incluem: atributos, sentimentos e condições necessários para o recebimento do cuidado, comportamentos e resultados de cuidados. Dentre os elementos do cuidado, os mais enfatizados pelos clientes foram: conhecimento, competência, dedicação, comunicação/relacionamento pessoal e solidariedade. As dimensões do cuidado encontradas neste estudo foram: a dimensão técnico-terapêutica, dimensão interpessoal, dimensão ético-moral-espiritual e a dimensão da espacialidade do cuidado.

Percebe-se que o cliente/cidadão tem como expectativa que o enfermeiro realize o cuidado dentro de uma abordagem em que contemple os requisitos técnicos da profissão e os requisitos da ciência humana, ou seja, os aspectos psicológicos, sociais, espirituais e o componente ético-moral. O cliente também espera que a enfermeira compartilhe seu saber através do ensino do cuidado, ou seja, o cuidado de si próprio.

Outro estudo apreciado, com o objetivo de identificar significados e necessidades do cuidado foi de Gonzaga e Arruda (1998) intitulado: O cuidado na Hospitalização: uma perspectiva infanto-juvenil. Os achados desse trabalho revelaram que “o cuidado atual significa alegria, tranquilidade/paz, satisfação, presença e ambiente confortável. Dentre as necessidades de cuidado ‘satisfeitas’ foram: melhora da interação, segurança, ser bem cuidado profissionalmente, ambiente confortável e satisfação. As necessidades de cuidado ‘não satisfeitas’ dizem respeito à presença de alguém, aliviar sintomas, procedimentos profissionais/éticos, reassumir funções e ambiente confortável. As autoras concluíram que para o cliente infanto-juvenil, o cuidado técnico ou físico é relevante e básico, pois lhe assegura a sobrevivência e o alívio de sintomas. Entretanto, para o cliente, tal cuidado técnico não dispensa o

cuidado afetivo-emocional, porque ambos não se separam, “são um só cuidado efetivo, real e holístico” (p.215).

A Enfermagem, tendo o cuidado como foco central dominante e unificador, não pode esquecer que a razão de existir do cuidado é a identificação, o atendimento às necessidades de cuidado do ser a ser cuidado, ou seja, o bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual do ser humano, resultando em melhor qualidade de vida. Então, a razão de ser da Enfermagem é o cuidado e o cuidar.

Brown (1999, p.94), em seu estudo realizado com Pacientes hospitalizados acerca dos elementos para o cuidar/cuidado na perspectiva de quem é cuidado, priorizou as experiências descritas pelos pacientes ao receberem cuidados de Enfermagem. Na análise dos relatos dos pacientes, a autora extraiu oito temas: reconhecimento de qualidades e necessidades individuais; presença; informação; habilidades e conhecimentos; assistência à dor; tempo despendido; promoção de autonomia e supervisão.

A autora agrupou os temas segundo suas similaridades em dois padrões: O primeiro padrão combinou os temas habilidades e conhecimentos, supervisão e presença, o segundo padrão incluiu os temas de reconhecimento de qualidades e necessidades individuais, promoção de autonomia e tempo despendido.

A pesquisa de Watson (1985) sobre os Pacientes hospitalizados, na perspectiva de quem é cuidado, realizado com 15 pacientes, em uma instituição beneficente com pacientes adultos de clínica médica, optou por pacientes hospitalizados por acreditar que teriam mais facilidade em relatar tanto percepções que dizem respeito à área instrumental quanto à área expressiva. A autora classifica as atividades de enfermagem em duas: a primeira focaliza o aspecto físico, o atendimento das necessidades do cliente tais como: medicação, higiene e outros, enquanto a segunda atividade engloba o aspecto psicológico e social como, por exemplo, o suporte emocional.

Na análise da pesquisa no que se refere à fase categorial identificou: a) a primeira questão sobre os atributos de quem cuida na perspectiva de quem é cuidado (cliente), “para que uma pessoa cuide de mim ela precisa” (...) revelou os seguintes sub-temas: paciência, atenção, carinho, entender o paciente, vontade, ser prestativo e profissionalismo; b) a segunda questão na perspectiva dos pacientes quanto aos

'atributos de quem cuida', “para ser cuidado por uma pessoa eu preciso (...) revelou os seguintes sub-temas: conforto, atenção, colaborar, aceitar o cuidado, necessitar de atendimento”; c) a terceira questão sobre os 'sentimentos de quem cuida e de quem é cuidado', na perspectiva dos pacientes, “a pessoa que cuida de mim sente (...), obteve-se os seguinte sub-temas: prazer, melhora, humanidade, sentir-se bem, gratidão e não sei”; d) a quarta questão sobre 'os sentimentos dos pacientes', “quando eu sou cuidado por uma pessoa eu sinto (...) evidenciou os seguinte sub-temas: piedade, gratidão, esperança, carinho, intenção da cuidadora, bem tratada, ajuda mútua, dependência”; e) a quinta questão, “para ser cuidado por uma pessoa eu preciso das seguintes condições (...) apresentou os seguintes sub-temas: dedicação, obediência, harmonia, colaboração, dependência e presteza”; f) conforme a sexta questão, “enquanto eu estou sendo cuidado por alguém eu faço (...) obteve-se os seguintes sub-temas: compreendo, aceito, expresso os sentimentos, colaboro, fico passivo e fico tranquilo”; g) Em relação aos 'efeitos do cuidado' sobre quem o recebe representado pela sétima questão, “O cuidado que estou recebendo resulta em (...) seguintes temas: calor humano, bons resultados, gratificação e bom atendimento” (Watson,1985).

O trabalho de Schier (2001), *Grupo aqui e agora* uma ação educativa de enfermagem para o auto cuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante, teve como objetivo conhecer de que forma a ação educativa da enfermeira estimula no idoso e na sua família a percepção e compreensão do autocuidado, essencial à manutenção de uma vida ativa e com qualidade ao longo do processo de viver, envelhecendo em qualquer circunstância do processo saúde-doença. Os resultados da pesquisa apontam que o *Grupo aqui e agora* é uma tecnologia de educação desenvolvida para profissionais enfermeiros, e da saúde em geral, que se dispõem a trabalhar educação em saúde em parceria com seus clientes. Porém o estudo é possível e factível no ambiente hospitalar, favorecendo o despertar de comportamentos de autocuidado para a autonomia (capacidade de decisão, de comando), independência e interdependência (capacidade de realizar algo com seus próprios meios) necessárias para um viver mais saudável, principalmente de pacientes geriátricos e sua família cuidadora.

Uma outra pesquisa estudada foi de Barros e Silva (2002, p.376), sobre Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. O estudo possibilitou evidenciar que a enfermeira do centro obstétrico atua junto à mulher com ‘ações diretas’ e passivas (observando, acompanhando, auxiliando e protegendo); e ‘ações indiretas’ (administrando) onde as enfermeiras atuam fornecendo condições para que os outros profissionais executem a assistência e também com participação mais efetiva, tomando atitudes, decisões e influenciando a ação e o comportamento desta (oferecendo o 'cuidado solidário' quando ao prestar cuidado, a enfermeira demonstra compreensão, respeito, solidariedade, fornece apoio, orientação e incentivo e, 'cuidado obstétrico' quando presta cuidado monitorando o trabalho de parto, ou realiza o parto).

Chaves, Costa e Lunardi (2005), falam sobre “A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados”, cujo trabalho visa conhecer como vem ocorrendo o respeito da enfermagem aos direitos de pacientes hospitalizados pelo SUS e por convênios privados. O estudo foi realizado com pacientes cirúrgicos hospitalizados e com enfermeiras atuantes em uma Unidade de Clínica Cirúrgica. Os resultados apontaram a necessidade das enfermeiras priorizarem seu tempo principalmente para a orientação de internamento pelo SUS, além de assegurar o respeito aos direitos dos pacientes de serem previamente esclarecidos e de darem seu consentimento, com liberdade, antes da realização de qualquer procedimento em si (p.38).

Estudos, na realidade brasileira, demonstram que enfermeiras consideram o cuidado uma ação dinâmica, pensada, refletida e realizada com zelo. Os pacientes/clientes hospitalizados percebem o cuidado na forma de atenção, carinho, colaboração; sentem-se gratos pelo atendimento recebido, porém demonstram passividade e até subordinação, aceitando o que é feito sem questionar. Certamente o que apontam não pode servir de regra já que isto vai depender do contexto em que se dá o cuidado. Assim, em um dos estudos, atribui-se a atitude subordinada à origem singularmente humilde dos cliente/cidadãos, na maioria do interior, de escolarização baixa e de poucas condições econômicas.

2.2.3 A educação libertadora no cuidado ao ser humano hospitalizado

A educação se apresenta como a estratégia mais pertinente para o cuidado de enfermagem. No Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Santa Catarina PEN/UFSC, há vários trabalhos que tratam da educação, e destacamos os veiculados na *Texto & Contexto Enfermagem*, com os temas: “Enfermagem: Educadores e Educandos” (1999); “Educação, Saúde e Enfermagem” (2003); “Métodos, modelos, e modos de Cuidar em Enfermagem” (2005) e “A Convergência Cuidado-Educação: Duplos Desafios à prática da Enfermagem e Saúde” (2006).

A necessidade da sistematização de projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem aderidos a uma realidade e mobilizadores de novas perspectivas para o cuidado de enfermagem, tem sido apontado por vários autores (REIBNITZ; PRADO, 2006). Acolhendo esta afirmativa são apresentados, a seguir, alguns trabalhos direcionados ao cuidado na Enfermagem:

Saupe (1992) nos diz que a ação educativa da enfermeira é concretizadas em três áreas distintas e interligadas: primeiro, na educação formal, que prepara e qualifica pessoal nas escolas públicas e privadas; segundo, na educação continuada, que seleciona, admite, treina e atualiza recursos humanos nos locais de trabalho e, terceiro, na educação em saúde, que inclui todas as atividades educativas junto à clientela, seja em ações pontuais no cuidado, com orientações e palestras, ou programas permanentes intra e extra-hospitalares que, com certeza, levam a resultados mais consistentes.

Esta mesma autora defende “que a perspectiva de visualizar o papel educativo da (o) enfermeira (o) somente enquanto vinculado ao ensino formal, representa uma grave distorção e desconhecimento, por parte do legislador, da extrema aderência do princípio educativo a toda e qualquer prática de Enfermagem. Para se enfrentar uma mudança na prática de Enfermagem é preciso superar o vazio originado pelo estreitamento à visão em relação ao processo de ação e reflexão do enfermeiro já que o currículo mínimo nega o educador que deve 'morar' em cada enfermeiro” (SAUPE, 1998).

Briceño (2002, p.11) refere as sete teses acerca da educação sanitária para a participação comunitária que a seguir são apresentadas:

- I.A educação não é só o que se desenvolve em programas educativos, mas em toda ação sanitária;
- II.A ignorância não é um buraco que deve ser preenchido com conhecimentos, mas um espaço a ser transformado;
- III.Não existe o que sabe e o que não sabe, senão dois que sabem coisas diferentes;
- IV.A educação deve ser dialógica e participativa;
- V.A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas;
- VI.A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: o esforço-ganho;
- VII.A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva, assim ressalta ele que não existem atores privilegiados na luta pela saúde.

No estudo de Grüdtner (1997) intitulado: Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica, foi desenvolvido um processo educativo participativo junto a discentes, docentes e equipe de Enfermagem, com enfoque na ajuda à família do indivíduo que necessita de intervenção cirúrgica, na sala de espera em uma unidade hospitalar. Neste estudo foi desenvolvido um modelo teórico-metodológico para aprender/ensinar a ajudar/cuidar o cliente e seus familiares durante o evento operatório, utilizando no referencial teórico, alguns conceitos da Pedagogia de Paulo Freire. Nos resultados, os discentes avaliaram ser uma metodologia provocadora de prazer no aprender, já que os instrumentos possibilitam a construção de relações com o real, na forma dialógica com a família.

Na busca de indicadores do ato de educar no cuidado de Enfermagem Espinoza (1998) desenvolveu um estudo intitulado: A conscientização como fundamento da educação em saúde às pessoas hospitalizadas com tuberculose pulmonar, com um marco teórico fundamentado na educação libertadora de Freire. A autora conclui que a educação é um recurso, um suporte apropriado para a maior compreensão, aceitação e enfrentamento da doença e do seu tratamento.

Outro trabalho apreciado com intuito de encontrar indícios dos atos de educar na prática do cuidado de Enfermagem à clientela foi o de Zampieri (1998), intitulado: Vivenciando o processo educativo em Enfermagem com gestantes de alto risco e seus

acompanhantes. Os achados deste trabalho revelaram que o processo educativo desenvolvido com gestantes de alto risco hospitalizadas, possibilitou a reflexão e o compartilhamento de experiências, ansiedades, conhecimentos e troca de sentimentos, para assim enfrentar as dificuldades encontradas, não apenas em relação aos riscos, mas também a aspectos existenciais.

Nesse estudo, o processo educativo foi um componente fundamental do cuidado de Enfermagem que visou auxiliar na vivência da gestação de forma mais tranqüila e saudável e demonstrou a possibilidade das gestantes de alto risco serem cuidadas em seu domicílio, propiciando a diminuição do estresse, atendendo-as de forma mais humanizada, holística e personalizada, de acordo com sua realidade, com a sua participação ativa e com suporte familiar. (ZAMPIERI, 1998).

No estudo de Eckert (1999), sobre a Educação em saúde: uma abordagem Freiriana com mães/famílias de crianças hospitalizadas, a autora desenvolveu uma prática educativa com famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, adotando como marco teórico Paulo Freire, com uma proposta pedagógica problematizadora.

O estudo de Geib (2000) *Educare*: ensaiando a pedagogia do cuidado, teve como objetivo a prática pedagógica-assistencial construída a partir da indissociabilidade entre a educação e o cuidado. Nele, a autora elabora um referencial teórico-metodológico próprio para examinar a configuração da prática pedagógica, por meio do discurso de docentes e discentes de um curso de graduação em enfermagem de uma universidade do Rio Grande do Sul.

Segundo a autora os resultados indicam que o *educare* insinua-se timidamente nos componentes curriculares analisados e aponta a inclusão do aspecto relacional do cuidado nas ações educativas como fator de qualificação de uma ação pedagógica aderida aos princípios da reciprocidade-complementaridade, da participação efetiva e compartilhada e da continuidade, os quais conferem ao *educare* a humanização proposital das relações entre educadores/as-educandos/as, capaz de promover no ser humano as habilidades cognitivas, psicomotora e socioafetiva, por meio de uma prática pedagógica ecológica, solidária, contextualizada e emancipatória.

Assim mesmo, a autora enfatiza que, segundo a Educação Libertadora, há possibilidade para a inserção do cuidado como uma ação complementar à ação educativa do processo de ensino-aprendizagem no ambiente acadêmico dos cursos de graduação em enfermagem. Por que é uma educação revestida de dialogicidade entre sujeitos, numa concepção transformadora e emancipatória que envolva as necessidades de educação e cuidado de seres cuidadores atuais e potenciais, numa perspectiva de interdisciplinaridade mediada pelo diálogo sobre o cotidiano acadêmico (GEIB, 2000).

Na pesquisa de Wayhs (2003), Ressignificando o sofrimento cotidiano da família da criança e do adolescente com o diagnóstico de câncer a partir de uma prática cuidativa-educativa problematizadora, foi desenvolvida uma prática cuidativa-educativa problematizadora num Centro Integrado de Onco-Hematologia Pediátrica de um Hospital de Santa Catarina, com o objetivo de ressignificar o sofrimento dos familiares oportunizando o enfrentamento da doença, promovendo um viver mais saudável, assim como relatar e discutir o processo cuidativo-educativo desenvolvido com as famílias.

Nos achados surgiram duas grandes categorias: as causas do sofrimento e as estratégias que poderiam amenizar-lo/ressignificá-lo, sendo que na segunda categoria emergiu como sub-tema “a maior divulgação de conhecimentos acessíveis sobre o câncer e a prevenção do mesmo”. Os resultados obtidos se refletiram na mudança de comportamento das famílias tornando-as mais participativas, mais confortadas e mais conscientes a respeito da situação vivida (WAYHS, 2003).

Gonçalves e Shier (2005) relatam que, no estudo realizado por elas, “O Grupo aqui e agora”, o grupo é uma tecnologia de educação desenvolvida para profissionais enfermeiros e da saúde em geral, que se dispõem, a trabalhar a educação em saúde em parceria com seus clientes. Enfatizam as autoras, que a estratégia tradicional do cuidar/cuidado, na qual o profissional é o detentor do saber/fazer, não é mais cabível atualmente. O cliente, sujeito ativo do viver, requer ser ouvido no seu pensar e agir, para que, no diálogo, aconteça o processo evolutivo da educação em saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A dissertação de Brito (1997), cujo título foi Desvelando o processo ensino-aprendizagem da assistência de Enfermagem: ação e reflexão sobre a realidade com o

corpo discente, teve como objetivo desenvolver uma prática assistencial educativa de enfermagem, procurando desvelar o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem, conforme a percepção do corpo discente do ciclo profissionalizante da Faculdade de Enfermagem do Vale do Itajaí, com a proposta pedagógica de Paulo Freire, do Círculo de Cultura.

Foi demonstrado que o ensino, na escola estudada, ainda permanece conservador e, embora aponte indícios de avanço, precisa de mudanças que levem a desenvolver um processo educativo que gere indivíduos mais críticos e capazes de transformar a realidade em que vivem.

Os trabalhos de Grüdtner, Espinoza, Eckert, Zampieri, Wayhs, Schier e Gonçalves e Brito são alguns dos exemplos de prática assistencial em Enfermagem utilizando a Educação Libertadora, o Método de Paulo Freire. As leituras e apresentação dos trabalhos e pesquisas demonstram quão inovadora e desafiadora é a Metodologia da Problematização no cuidado de Enfermagem.

Gonçalves e Schier (2005, p. 276) declaram que “a despeito de todas as dificuldades para se desenvolver atividades educativas no âmbito da unidade de internação, sabe-se que é durante a hospitalização que melhor se pode desenvolver o processo ensino-aprendizagem pela própria vivência da realidade a ser trabalhada”. Destacam ainda que “É agora” no sentido de aproveitar a disponibilidade momentânea de, no mínimo, os profissionais da equipe de trabalho em desenvolver ações educativas em meio as suas atividades rotineiras de procedimentos terapêuticos e de cuidados aos pacientes na unidade de internação.

Vários são os estudos e pesquisas de enfermagem sobre o cuidado humano. Embora exista concordância entre os autores sobre a relevância do cuidado na prática de enfermagem, um assunto que com frequência emerge é saber se é possível ensinar comportamentos de cuidado, ou seja, incluir a educação como componente do cuidado.

As novas tendências na educação em Enfermagem conduzem à busca de um modelo mais humanista e crítico, porque as formas tradicionais de ensino parecem não satisfazer mais, sendo que atitudes e comportamentos da prática são questionados. (WALDOW, 1999, p.180).

Concordo com Waldow com respeito à educação para o cuidado em Enfermagem, porque existem algumas considerações a serem reveladas tais como conhecer o cuidado, ou seja, o que este engloba em sua plenitude e isto inclui experienciá-lo; assim também, considerar o cuidado como um processo interativo, além de uma ação puramente técnica; transmitir e demonstrar conhecimentos de cuidado favorecendo um clima em que os estudantes aprendam a totalidade do cuidado e reconheçam as pessoas como seres totais, sua integridade; promover o autoconhecimento e o conhecimento do outro ser através de atividades e de experiências que desenvolvam a confiança mútua e o respeito; bem como estabelecer a abrangência do cuidado humano como uma norma ética na prática de enfermagem consistindo isto em meta curricular.

Considero também que uma educação voltada para o cuidado humano não é uma educação que modela ou impõe determinadas regras ou treina, mas uma educação que permite o vir-a-ser, o tornar-se. Além de ser um compromisso político, filosófico, ético e moral que envolve dor e prazer.

No processo de educar para o cuidado humano em enfermagem, é necessário a conscientização como um valor e imperativo moral, sensibilização e conseqüente exercício, mais ainda nas instituições de ensino e de saúde, para que todos os atores do cenário da enfermagem o experienciem e o demonstrem nas suas atividades e relações. Cabe à enfermeira a orientação ao pessoal de enfermagem, ao cliente/cidadão e aos familiares; ela é quem proporciona os meios de educação para a saúde, objetivando uma integração em favor da promoção da saúde com paciente, família e comunidade.

CAPITULO III

SUPORTE TEÓRICO - FILOSÓFICO DA PESQUISA

Ao compor o suporte teórico-filosófico para esta tese, abordo inicialmente a filosofia da práxis e os níveis da mesma preconizada por Adolfo Vásquez e sua biografia. Assim como os conceitos da Educação Libertadora de Paulo Freire com sua biografia, e a práxis educativa com base no mesmo autor. Esta ligação teórica acontece por acreditar que os mesmos possibilitem às enfermeiras assistenciais o exercício de uma práxis consciente, ética e crítica com os clientes em regime de internação sob seus cuidados profissionais.

3.1 Biografia de Adolfo Sánchez Vásquez

O Filósofo Adolfo Sánchez Vásquez nasceu o 17 de setembro de 1915 em Algeciras, Cádiz – Espanha. Foi exilado no México a partir dos 14 anos e recebido na Universidade Autônoma de México (UNAM). Estudou o bacharelado em Málaga, cidade com tradição de luta social e política, onde realizou suas primeiras incursões na literatura e na política na Federação Universitária Espanhola e, a partir de 1933, no Partido Comunista Espanhol–PCE (GANDLER, 2006).

Em 1935, retorna à Espanha para estudar na Faculdade de Filosofia e Letras na Universidade Central de Madrid, onde participou de círculos literários, colaborou na seção literária do Mundo Obreiro, jornal do PCE e editou dois periódicos ‘político-literários’. Já em vésperas da guerra civil, escreveu seu livro de poesia “o pulso ardendo” (publicado no México em 1942). Foi na Universidade Central em Espanha que se inclinou ao marxismo, a poética e a política onde viveu uma politização precoce.

Em 1936, à idade de 21 anos, explode a guerra civil e Vásquez defende o governo da República, sendo editor da revista Outubro e responsável do diário “Agora” da Juventude Socialista Unificada.

Em 1937, participa no II Congresso Internacional de Escritores Antifascistas em Madrid, onde conhece a César Vallejo, Octavio Paz, André Malraux, Anna Seghers, entre outros e em setembro do mesmo ano, se incorpora à 11ª Divisão e edita o periódico ‘Passaremos’, logo participa na batalha de Teruel, um dos triunfos republicanos mais importantes, dirige a revista ‘Acero’, ao mesmo tempo em que participa no “batalhão do talento”, integrado por poetas, jornalistas, desenhista e escultores. Após a derrota republicana, passou vários meses refugiado na França.

Em 1940, aos 25 anos, funda “Romance”, uma Revista Popular Hispano-americana, assim mesmo, colabora na revista Espanha Peregrina (GANDLER, 2006).

Em 1941, à idade de 26 anos ministra aulas de filosofia e em 1946, renuncia em solidariedade ao reitor, atacado pelos setores conservadores de Morelia-Espanha.

Retorna à cidade do México, ‘para ganarse la vida’, onde reinicia seus estudos en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Vásquez descreve que: “la perspectiva de un largo exilio... sentí la necesidad de consagrar más tiempo a la reflexión, a la fundamentación razonada de mi actividad política, sobre todo cuando arraigadas creencias en ‘la pátria del proletariado’ comenzaban a venirse abajo. De ahí que me propusiera por entonces elevar mi formación teórica marxista y prestar más atención a la filosofía que a las letras” (CUEVAS, 2005. p.9).

Em 1955, aos 40 anos, obteve o mestrado com a obra “Consciência e realidade na obra de arte”.

Em 1959, mestre de Filosofia, com dedicação exclusiva na UNAM, em sua obra ‘Vida e Filosofia’ o autor fala de sua intensa dedicação “para uns pensamentos abertos, críticos, guiados por estes dois princípios do próprio Marx: ‘duvidar de tudo’ e ‘criticar todo o existente’”.

Em 1965, aos 50 anos, defende sua tese de Doutorado “sobre a práxis”, que dois anos mais tarde apareceria como “Filosofia da Práxis” (1967), sendo essa sua obra fundamental. O movimento estudantil de 1968 inspira-o no seu livro sobre ‘Ética’.

Em 1968 Vásquez renuncia a seus cargos do PCE e começa a desenvolver sua crítica a esse marxismo e suas conseqüências práticas.

Entre 1973 e 1981 edita livros, também participa de diversos congressos internacionais e inicia os Colóquios Nacionais de Filosofia, onde começa a ser

reconhecido no âmbito internacional. Relaciona-se com a revolução sandinista, ministra conferências sobre a democracia e o socialismo.

Em 1984, a Universidade Autônoma de Puebla lhe outorga o título de ‘Doutor Honoris Causa’ e, no ano seguinte, a UNAM o designa professor emérito. Em 1989, na Espanha, distinguem-no e lhe conferem doutorados Honoris Causa as Universidades de Cádiz (1987) e a de Educação à Distância (1993). Em 1998, a UNAM lhe outorgou esta mesma nomeação.

Na Universidad de Habana (Cuba) recebeu o grau de Doutor Honoris Causa em 16 de setembro de 2004, por ter dado realce à realização de valores tais como: a verdade, a justiça, a dignidade humana, assim como a solidariedade, a convivência pacífica, a soberania nacional e o respeito mútuo entre os povos.

Escreveu numerosas obras sobre ética, estética e marxismo, entre elas: “ciência e revolução, o marxismo de Althusser (1978)”, “ensaios marxistas sobre história e política (1985)”, “filosofia e circunstâncias (1997)” e outros, os quais têm contribuído para a formação de investigadores latino-americanos e ao modo de aplicar o materialismo histórico à nossa realidade. O Sistema Nacional de Investigadores de México reconheceu o trabalho de Adolfo Vásquez Sánchez nomeando-o Doutor Emérito.

O pensamento de Vásquez está impresso no conjunto de sua obra, que “orienta para três direções fundamentais”: a primeira – ‘no campo da estética e a teoria da arte’, Vasquez defendeu a idéia de que a arte, ao ser a versão mais depurada da práxis humana, mostra em sua pureza o caráter criativo da mesma –; a segunda – ‘o marxismo como a filosofia da práxis’, o filósofo Vásquez diz que Marx aqui, muito pelo contrário, interrelaciona de forma dialética um discurso crítico que implica economia, filosofia e política e indica as forças portadoras de uma concepção para a realização de uma nova sociedade, já que a filosofia até Hegel tinha sido compreendida como uma interpretação do mundo que não se preocupa com transformação da realidade; a terceira – ‘no campo da filosofia moral e política’, Vasquez analisa Maquiavel, Kant, Weber, Habermas e coloca de manifesto a importância da liberdade e da autonomia individual e social, reivindica o valor de um socialismo democrático e a necessidade de racionalizar fins e meios, onde faz crítica

de certa prática política a qual se desenvolveu em nome do marxismo” (CUEVAS, 2005, p.9).

Até o dia de hoje, Adolfo Sánchez Vásquez ministra seminários para Pós-Graduações na Faculdade de Filosofia e de Letras da UNAM e segue apoiando as lutas pela emancipação, assim como a compreensão teórica indispensável para isso.

Para Cuevas (2005, p.13), “Vásquez é um dos filósofos mais importantes do século XX em nível universal”. Afirma o autor que o pensamento humanista, seu fazer político, a compreensão crítica da sociedade capitalista contemporânea, suas expressões artísticas e morais, espírito crítico e compromisso ético o tem convertido num construtor de utopias em favor do socialismo humanista e democrático.

3.1.1 A Filosofia da Práxis segundo Vásquez

A “Filosofia da Práxis”, apresentada por Vásquez dois anos depois de sua tese de doutorado “Sobre a práxis”, em 1967, é uma das concepções mais originais que surgiram no México no século XX e tem dimensão universal. Sua obra, a “Filosofia da Práxis”, tem como pretensão elevar nossa consciência da prática, defendendo a tese de que a categoria práxis é: “atividade material do homem que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano” (VÁSQUEZ, 1990, p.3).

O que preconiza o autor na obra é que a concepção de Marx deve ser entendida como uma filosofia da práxis. Segundo o clássico, a filosofia até Hegel compreendeu-se como uma interpretação do mundo na qual ela não se preocupava com a mudança da realidade. No entanto, Marx interrelaciona de forma dialética um discurso crítico que implica economia, filosofia e política, apontando os eixos centrais de uma concepção para a realização de uma nova sociedade (CUEVAS, 2005, p.5).

Nesta mesma abordagem, Pompe (2004) declara que Vázquez ressalta que em se tratando de satisfazer as aspirações ‘práticas’ do homem comum e corrente, desenvolve-se, às vezes a partir do poder, um trabalho destinado a deformar, castrar ou esvaziar sua consciência política. Mas, o propósito de satisfazer as aspirações práticas do homem comum e corrente assume igualmente uma outra forma como tendência

alimentada também a partir do poder e destinada a destruir o mais leve despertar de uma clara consciência política, mantendo-o no mais absoluto apoliticismo.

A despolitização cria, assim, um imenso vazio nas consciências. Esse vazio só pode ser útil à classe dominante, que recheia as consciências com atos, preconceitos, hábitos, lugares-comuns e preocupações, enfim, contribui fortemente para manter a ordem social vigente.

Porém, uma participação consciente na busca de soluções aos desafios sociais e políticos é a contrapartida para essa aflição alienante e é imprescindível para quem pretende atuar eficazmente no mundo em que vive e sobrevive. Ou seja, se trata de superar a consciência comum, espontânea, que reproduz os interesses dos setores que se beneficiam do atual estado de coisas e contribuir para a construção de relações que propiciem o desenvolvimento dos indivíduos numa sociedade em que o homem não seja lobo do homem (POMPE, 2004).

No estudo da Filosofia da Práxis, Vásquez apresenta os quatro níveis de práxis: práxis criadora, práxis reiterativa, práxis espontânea e a práxis reflexiva e os critérios para a análise desses níveis os quais se referem ao grau de criação demonstrado pelo produto de sua atividade e ao grau de consciência revelado pelo sujeito, no processo prático, sendo que em qualquer um dos níveis de práxis, sujeito e objeto se apresentam em unidade indissolúvel na relação prática.

3.1.2 O significado da Práxis

A palavra *práxis*, segundo Vásquez, deriva do termo *πρᾶξις*, empregado pelos gregos na Antiguidade para definir ‘a ação propriamente dita’; também do substantivo prático segundo a língua falada. Práxis e prática podem ser utilizadas de forma indistinta, já que o segundo é de uso mais corrente na linguagem comum e na literária, enquanto que o primeiro práxis só tem aceitação no vocabulário filosófico. O intuito foi livrar o conceito de prática do significado predominante durante o seu uso cotidiano, que é o que corresponde (...) ao de atividade prática humana no sentido

estritamente utilitário e pejorativo de expressões tais como: homem prático, resultados práticos, profissão muito prática. (VÁSQUEZ, 1990, p.4).

Entretanto, não se trata só da substituição de uma palavra prática por outra práxis, como se isso resolvesse um problema real, ou melhor, alterasse a realidade. Conforme destaca Vásquez, práxis não substitui por completo o termo prática. O que importa, porém, é o entendimento que se tem do ser humano, da atividade humana e, por conseguinte da sociedade.

O termo prática começa por livrá-lo dos falsos significados. Por exemplo, “o caráter estritamente utilitário que se infere do significado do prático na linguagem comum”. Trata-se, conseqüentemente, de superar a prática humana, restrita à sua dimensão prático-utilitária que visa unicamente à satisfação das necessidades práticas imediatas do cotidiano. Mais que isso, trata-se de superar a consciência comum da práxis e passar à consciência filosófica aonde se encontra o nível criador (VÁSQUEZ, 1990, p.47).

Já Castoriadis (1982) entende a prática como uma atividade consciente, mas diferentemente da técnica, não utiliza a teoria como um código preliminar em que o objetivo se alcança como um saber já apreendido. Ela se dá numa prática que desvenda ao mesmo tempo em que transforma. Ela se apóia sobre um saber (...) sempre fragmentário e provisório (...). Elucidação e transformação do real progridem e evoluem, na práxis, num condicionamento recíproco.

Segundo Vásquez (1990), a práxis é a atividade prática social, transformadora, que corresponde às necessidades práticas e implica em certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz. Para o autor, a finalidade que impulsiona e direciona a prática é elaborada antecipadamente, como um produto a ser alcançado por meio da ação transformadora. Esta elaboração se dá por meio da consciência, o qual, a partir da própria prática e do objeto real passível de transformação, produz o conhecimento que fundamenta a ação humana.

Na Grécia Antiga, a filosofia ignorou ou repeliu o mundo prático exatamente por não captar nele muita coisa além da que via, ou seja, a consciência comum: seu caráter utilitário. No mundo grego e romano, a atividade prática material, e especificamente o trabalho, eram considerados como uma atividade indigna dos

homens livre e própria dos escravos. Para Aristóteles, a práxis era a atividade ética e política, distinta da atividade produtiva.

A princípio, a práxis se referia à ação que se encontrava nas relações entre as pessoas, isto é, uma ação que tinha seu fim em si mesma e que não criava ou produzia um objeto alheio ao agente ou a sua atividade. Esse sentido era diferente da *poiésis* que no grego antigo era *ποίησις*, que significava um tipo de ação que criava um objeto exterior ao sujeito, ou seja, ato de produzir ou fabricar algo, sendo seu caráter meramente prático-utilitário (VÁSQUEZ, 1990, p.4).

Vásquez (1990, p.89) enfatiza a condição humana como importante nessa práxis, pois para passar da práxis teórica e abstrata, à práxis humana e material, seria necessário fazer do sujeito da práxis um sujeito real; passar do plano do Absoluto (ideal) para um plano humano, real e dar à práxis não um conteúdo espiritual que recebe de Hegel, contudo um conteúdo real e efetivo (VÁSQUEZ, p.89).

Vásquez (1990, p.185) acredita que “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Ele reconhece que esta é uma atividade humana e que se envolve na intervenção da consciência como resultado ideal e como produto final. Vemos, por conseguinte, que como resultado ideal, a práxis se torna um produto da consciência, ou seja, uma antecipação do resultado que se deseja obter. Já, como produto real e efetivo, ela pode sofrer muitas modificações, procurando uma adequação.

O autor enfatiza que a atividade propriamente humana “é, por conseguinte, atividade que se desenvolve de acordo com finalidades, e essas só existem através do homem, como produtos de sua consciência”. Assim, pelo fato de propor-se objetivos, o homem nega uma realidade efetiva e afirma outra que ainda não existe, mas os fins são produtos da consciência e efetivam-se na ação, ou seja, na práxis (VÁSQUEZ, 1990, p.189).

A práxis para Vásquez (1990) é entendida como uma atividade humana transformadora da natureza e da sociedade, atividade esta real, objetiva e ao mesmo tempo ideal, subjetiva e consciente, aponta a dificuldade do homem em superar o processo de alienação, resgatando uma práxis verdadeira. Diz o mesmo autor:

Os homens comuns e correntes, enredados no mundo de interesses e necessidades da cotidianidade, não ascendem a uma verdadeira consciência

da práxis capaz de ultrapassar os limites estreitos de sua atividade prática para percebê-la, sobretudo em algumas de suas formas - o trabalho, a atividade política - em toda a sua dimensão antropológica, gnoseológica e social. Ou seja, não consegue ver até que ponto, com seus atos práticos estão contribuindo para escrever a história humana - como processo de formação e autocriação do homem - nem pode compreender até que grau a práxis necessita da teoria, ou até que ponto sua atividade prática se insere numa práxis humana social, o que faz com que seus atos individuais influam-nos dos demais, assim como, por sua vez, os destes se reflitam em sua própria atividade. Pois bem, a superação dessa concepção da práxis que a reduz a uma atividade utilitária, individual, e auto-suficiente (com relação à teoria) é uma empresa que está além das possibilidades da consciência comum e que ela não poderia cumprir sem negar-se a si mesma (VÁSQUEZ, 1990, p.191).

Para Gadotti (1991, p.155), a práxis “é a união que se deve estabelecer entre o que se faz prática e o que se pensa acerca do que se faz teoria”. Chamado também como filosofia da práxis, conceito muito comum no marxismo.

Na abordagem da perspectiva dialética e partindo do princípio de que o processo educativo em saúde é um dos processos de trabalho da enfermagem, Silva, Gonzaga e Verdi (1992, p. 56) definem a práxis como “a atividade prática social, transformadora, que corresponde às necessidades práticas e implica certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz”.

Para as mesmas autoras, a finalidade que impulsiona e direciona essa prática é elaborada antecipadamente, isto é, com consciência, como um produto a se alcançar por meio da ação transformadora.

Para Silva, Gonzaga e Verdi (1992, p.57), a práxis humana se situa simultaneamente na esfera da consciência subjetivo e da ação objetivo. Na esfera da consciência a práxis requer: “a) conhecimento do objeto a ser transformado; b) mediação das finalidades projetadas; c) conhecimento dos meios e instrumentos que podem ser utilizados na transformação e, d) o conhecimento das condições que abrem ou fecham as possibilidades dessa realização”. Na esfera da ação, a práxis: “a) parte de um objeto real (natureza, sociedade ou os homens reais) e tem como produto um objeto transformado; b) se concretiza por meio de um trabalho humano, utilizando instrumentos de trabalho e, c) é criadora, pois com ela o homem constrói a si e a realidade, num processo de transformação” (p.58).

Assim, a práxis não pode ser considerada uma prática puramente material, nem puramente teórica, mas requer um constante vai e vem de um plano a outro, o que só pode ser assegurado se a consciência se mostrar ativa, ao longo de todo um processo (...) onde teoria e prática convergem no produto objetivo (...) expressão de sua unidade.

Conforme nos manifesta o autor:

A consciência humana como agente transformador e criador (...), é essencialmente uma consciência prática, uma razão operante-ativa (...). Mas esta prática não é exclusivamente uma modificação do mundo material, ela é também ainda mais, modificação das condutas dos homens e suas relações (CASTORIADIS, 1982, p.33).

Nesta mesma linguagem, a práxis consiste neste “fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como os agentes essenciais do desenvolvimento de sua própria autonomia” (CASTORIADIS, 1982 p.94).

Nesta mesma perspectiva, Freire (1976, p.135) diz que somente com o compromisso do pensamento com a prática se estabelece um contexto teórico verdadeiro que se torna cada vez mais enfático em relação à necessidade desta vigilância em pensar sempre a prática como uma forma eficaz de aprender a pensar certo:

Não há contexto teórico verdadeiro a não ser em unidade dialética com o contexto concreto. Nesse contexto onde os fatos se dão, nos encontramos envolvidos pelo real, molhados nele, mas não necessariamente percebendo a razão de ser dos mesmos fatos, de forma crítica. No contexto teórico, tomando distância do concreto, buscamos a razão de ser dos fatos. Em outras palavras, procuramos superar a mera opinião que deles temos e que a tomada de consciência dos mesmos nos proporciona por um conhecimento cabal, cada vez mais científico em torno deles. No contexto concreto somos sujeitos e objetos em relação dialética com o objeto, no contexto teórico assumimos o papel de sujeitos cognoscentes da relação sujeito-objeto que se dá no contexto concreto para, voltando a este, melhor atuar como sujeitos em relação ao objeto (...). Daí a necessidade de que temos, de um lado, de ir mais além da mera captação da presença dos fatos, buscando assim, não só a interdependência que há entre eles, mas também [...]. O que há entre as parcialidades constitutivas da totalidade de cada um e, de outro lado, a necessidade de estabelecermos uma vigilância constante sobre nossa própria atividade pensante (FREIRE, 1976, p. 62).

Vemos, por conseguinte, que Freire teve influência da concepção de práxis que encontra na leitura de Gramsci, de Marx e de seus intérpretes, a qual ajudou a fundamentar a sua proposta pedagógica, explicada ela mesma como a “teoria de conhecimento posta em prática”.

Uma teoria do conhecimento que o autor irá buscar em filósofos como Adolfo Sánchez Vásquez e Álvaro Vieira Pinto, assim como em obras do próprio Marx. Em diferentes momentos, Freire se refere às Teses sobre Feuerbach, a concepção que situa a atividade prática como o eixo central, ou seja, a práxis, entendendo este como fundamento da unidade entre o homem e a natureza e da unidade sujeito-objeto.

Como ressalta Vásquez (1990, p.149), “Marx formula em sua Tese sobre Feuerbach uma concepção de objetividade, fundamentada na práxis, e define a sua filosofia como a filosofia de transformação do mundo. Ambos os momentos, como veremos, aparecem estreitamente vinculados entre si, pois se a práxis é elevada à condição de fundamento de toda relação humana, ou seja, se a relação sujeito-objeto é básica e original, a relação sujeito-objeto no plano do conhecimento tem que inserir-se no próprio horizonte da prática”. Isto é, ao colocar no centro de toda relação humana as atividades práticas, transformadoras do mundo, isso não pode deixar de ter conseqüências profundas no terreno do conhecimento.

Segundo Konder (1998), a práxis aparecerá como fundamento do conhecimento (Tese I), como critério de verdade (Tese II); como unidade de transformação do homem e das circunstâncias (Tese III) e da interpretação do mundo à sua transformação (Tese XI).

Desse modo, o primado da prática em Vásquez significará um compromisso da teoria com a transformação da realidade hospitalar, é nessa perspectiva que abordarei a questão da práxis educativa no cuidado da enfermeira dentro do âmbito hospitalar.

3.1.2.1 Práxis transformadora ou criadora

A práxis se apresenta como práxis criadora, isto é, cuja criação não se adapta plenamente a uma lei previamente traçada e culmina numa atividade nova e única¹.

¹ O termo ‘criação’ ou seus derivados ‘criador’ e ‘criadora’ se apresentam historicamente como uma pluralidade de significados tanto na linguagem comum como na filosófica. Têm de comum o significado de produção de algo novo, seja

A práxis criadora ou inovadora é determinante já que permite enfrentar novas necessidades, novas situações, novas exigências, novas realidades, com uma atividade que só pode ser atribuída na autocriação do próprio homem como ser consciente, criativo e social, em função da qual produz algo novo a partir de uma realidade ou de elementos pré-existentes.

Isto exclui, a nosso ver, a legitimidade do uso do conceito de criação fora do homem, nos processos da natureza ou com referência ao sujeito-ativo, na ciência, na arte, no trabalho, na técnica, no método, nas relações sociais, sendo legítimo usá-lo e falar, porém, em criação² científica, artística e social.

Dessa forma, se cria um novo objeto cujas propriedades aparecem à mercê da atividade humana, desenvolvendo o que existia apenas virtualmente e não efetivamente. Contudo, criar é para o homem a primeira e mais vital necessidade humana, porque só assim, criando, transformando e inovando o mundo, o homem e a natureza, como destacaram Hegel e Marx por meio de diferentes prismas filosóficos, “se faz um mundo humano e se faz a si mesmo. Por isso, a atividade prática fundamental do homem tem um caráter criador e a práxis é, por conseguinte, essencialmente criadora” (VÁSQUEZ, 1990, p.247).

A criação de algo novo está inscrito como uma possibilidade nos elementos pré-existentes, mas o pré-existente não basta para produzir o novo, porque prescinde da atividade humana, isto é, da intervenção da consciência e da prática humana. Assim, a atividade prática transformadora não pode ser concebida como uma série de atos de consciência e de atos materiais que se sucedem no processo prático, na mesma ordem que se deram na consciência.

Backes (1999, p.41) diz que a consciência estabelece uma finalidade aberta num projeto dinâmico e ativo, portanto, na práxis criadora encontramos a unidade subjetiva e objetiva, interior e exterior, existindo neste nível de práxis uma indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado, e unicidade e irrepetibilidade do produto.

como ação criadora limitada (na filosofia grega), como criação divina *ex nilo* (na tradição cristã), seja como criação humana a partir de coisas existentes (desde o renascimento).

² A ‘criação’ supõe sempre a criação de algo novo (conceito, projetos, obras de arte, objetos úteis, instituições políticas, relações sociais, etc), onde o novo está inscrito como uma possibilidade nos elementos pré-existentes (do que já existe), ou seja, sem a intervenção da consciência e da prática humana.

A consciência estabelece uma finalidade aberta ou um projeto dinâmico, onde há de permanecer aberta e ativa ao longo de todo o processo prático. O resultado definitivo estava pré-figurado idealmente, mas o definitivo é exatamente o resultado real e não o ideal (projeto ou finalidade original).

Desse modo, a consciência se vê obrigada a estar constantemente ativa, deslocando-se do interior ao exterior, do ideal ao material. Ao longo do processo prático vai-se aprofundando a distância entre o modelo ideal (resultado prefigurado) e o produto (resultado definitivo e real). Fez-se necessária uma peregrinação constante do ideal ao real.

Na práxis criadora e inovadora se encontram os traços distintivos como elementos indispensáveis dela. Este termo é usado por Vásquez, concebido como a ação que cria algo novo através da intervenção da consciência e da prática humana. Existe neste nível de práxis uma unidade indissolúvel no processo prático, do interior e do exterior, do subjetivo e do objetivo; uma indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado e, uma unicidade e irrepitibilidade do produto (VÁSQUEZ, 1990, p.251).

Na arte se evidencia com particular clareza essa expressão da capacidade criadora do homem, assim, nesse terreno se mostram, com efeito, esses três traços da práxis criadora: seu caráter unitário, indissolúvel, onde só no abstrato podem-se separar o interior e o exterior, o subjetivo e o objetivo; o conteúdo como fato psíquico e a forma que se dá a esse conteúdo; a unicidade e irrepitibilidade do produto e a imprevisibilidade e indeterminação desse processo e resultado. A criação artística não admite essa separação entre o interior (esfera propriamente estética) e o exterior (esfera extra-estética), ou seja, como em todo processo prático criador, não cabe distinguir gestação interna e execução externa, pela razão que é a unidade entre interior e exterior, entre subjetivo e objetivo (VÁSQUEZ, 1990, p.256).

Neste sentido é preciso, uma construção coletiva, entendida como conjugação de esforços dos diversos sujeitos envolvidos nesta experiência, para construir um caminho para a enfermeira assistencial no âmbito hospitalar, que venha a possibilitar o exercício de uma práxis transformadora e criadora, entendida como o agir consciente, ético e criativo da enfermeira.

3.1.2.2 Práxis reiterativa ou imitativa

A práxis reiterativa ou imitativa é um nível mais inferior em relação à práxis criadora e se caracteriza pela inexistência dos elementos indispensáveis da práxis anterior da unicidade e irrepitibilidade do produto; da indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado e da unidade indissolúvel no processo prático do subjetivo-objetivo, assim esta ação é repetir ou imitar outra ação (VÁSQUEZ, 1990, p.258).

Aqui se rompe primeiro a unicidade do processo prático, ou seja, o subjetivo se dá como modelo ideal platônico, dando lugar a uma cópia ou duplicação. Como práxis repetitiva aqui o determinante é o “modelo”; no qual a existência dessa adequação ao ideal é só uma justificativa do real.

Na práxis reiterativa, sabemos por antecipação ‘o que se quer fazer’ e ‘como fazer’, por que antes da própria realização da ação segundo padrão, modo, perfil, o modelo já existe de forma acabada, anterior a esse processo e aos resultados que se apresentam.

Backes (1999) ressalta que na práxis reiterativa esta ação é repetir ou imitar outra ação. Não produz uma nova realidade; não produz uma mudança qualitativa na realidade presente; não transforma criadoramente e não faz emergir uma nova realidade humana. Contudo, pode contribuir para ampliar a área do já criado, pois multiplica quantitativamente uma mudança qualitativa já produzida. O grau de consciência humana na ação é limitada. Parece ficar claro o quanto a práxis reiterativa é utilizada na enfermagem, mostrando-se tão aderente aos modelos tradicionais de educação e saúde. E essa ação imitativa aparece subjacente no dia-a-dia do exercício profissional, quando, por exemplo, toma decisões baseada somente nos regulamentos e regras, trabalha com os outros elementos da equipe numa perspectiva de distribuição funcional planeja a assistência de forma normativa-prescritiva e ajustada ao modelo de saúde institucional e convencional.

Enquanto na práxis criadora cria-se também o modo de criar, na atividade prática reiterativa não se inventa o modo de fazer, que já foi inventado antes. O seu modo de transformar já é conhecido. Logo, o resultado nada tem de incerto e a criação

nada tem de aventura. Fazer é repetir ou imitar outra ação e é nisso que radica sua limitação e sua inferioridade em relação à práxis criadora (VÁSQUEZ, 1990, p.258).

A práxis reiterativa tem por base uma práxis criadora já existente. Segundo Vasquez, este nível de práxis considera-se como uma práxis de segunda mão, que não produz uma nova realidade; não produz uma mudança qualitativa na realidade presente; não transforma criadoramente; não cria e não faz emergir uma nova realidade humana como sujeito prático; está vinculado à sua determinabilidade, ou a seu caráter concreto, no que se refere às necessidades que satisfaz, à própria atividade e a seus produtos, esse é o lado negativo dessa práxis.

Contudo, isto não exclui o lado positivo que é contribuir para ampliar o campo do já criado, pois multiplica quantitativamente uma mudança qualitativa já produzida. Os graus da consciência humana na ação são limitados.

Cabe rever e analisar o quanto a práxis repetitiva é utilizada no cuidado da enfermeira, mostrando-se tão aderente aos modelos convencionais e classistas de educação e saúde. Contudo, essa ação reiterativa mostra-se no cuidado cotidiano do nosso exercício profissional, quando na prática, desenvolvemos nossas atividades com base somente nas regras, normas, protocolos a as ajustamos ao modelo de saúde institucional, acadêmico e tradicional.

A práxis se burocratiza visto que o formalismo ou formulismo dominem, isto é, quando o formal se converte em seu próprio conteúdo. Na prática burocrática, o conteúdo se sacrifica à forma, o real ao ideal e o particular concreto ao universal abstrato.

Mesmo na práxis reiterativa parece haver no trabalho da enfermeira, um espaço para a criação que deriva do imprevisto, dos eventos e atividades não planejadas e da própria contingência.

3.1.2.3 Práxis espontânea e reflexiva

Vásquez (1990, p.283) diz que a consciência prática significará consciência na medida em que traçou uma finalidade ou modelo ideal que se quer realizar, assim vai-se modificando no processo de sua realização atendendo as exigências imprevisíveis

do processo prático. A consciência prática é aquela que atua no início ou ao longo do processo prático com a realização de seus objetivos.

A práxis espontânea se eleva na práxis criadora, contudo se debilita quando a atividade material do sujeito assume um caráter mecânico, abstrato e indeterminado. A práxis espontânea é debilitada na práxis reiterativa.

A consciência da prática (práxis), por sua vez, é a consciência que se sabe a si mesma, é uma atividade material procurada ou desejada por ela, por isso vem a ser a autoconsciência prática. Ambas, a consciência prática e a consciência da prática (práxis) nos mostram a consciência em sua relação com o processo prático e com a realização de seus fins. Assim, se distinguem mais dois níveis da atividade prática do homem, a partir do ‘grau de manifestação dessa autoconsciência prática’ os quais se denominam de práxis espontânea e práxis reflexiva³.

Na práxis espontânea a consciência prática não é abolida, ela é consciente, por que dentro da atividade espontânea estará presente a consciência. Por conseguinte na práxis espontânea se leva em consideração o grau de consciência que se tem da atividade prática que se desenvolve, porém a consciência encontra-se diminuída, baixa ou nula.

Aqui não se trata de duas modalidades dos níveis práticos anteriormente discutidos tais como: práxis criadora e práxis reiterativa, no sentido de que a práxis reflexiva corresponde plenamente à práxis criadora e a práxis espontânea à não criadora, mecânica ou repetitiva.

Em suma, o que determina a espontaneidade do processo criador nessa atividade não é tanto a consciência prática, mas sim certa consciência da práxis, já que o que se opõe a esta é o mecânico, o reiterativo-imitativo. Portanto, a práxis criadora pode ser em maior ou menor grau espontânea ou reflexiva (VÁSQUEZ, 1990, p.285).

O reconhecimento da existência desses dois níveis da práxis espontânea e reflexiva nos leva a abordar dois aspectos: conhecer o tipo de relação entre estes níveis

³ As dimensões de nível não eliminam os vínculos mútuos entre uma e outra práxis, nem entre um nível e outro. A prática reiterativa tem parentesco com a espontânea, e a criadora com a reflexiva. Essa relação não é imutável, por isso, o espontâneo não está isento de elementos de criação, e o reflexivo pode estar a serviço de uma práxis reiterativa. A intencionalidade neste estudo é analisar as atividades e ações da enfermeira no cuidado assistencial, especificamente no cuidado hospitalar, e depreender o tipo de práxis presente, e possibilitar a percepção de ações, posturas, atitudes que se encaminhem para uma práxis transformadora da prática assistencial em Enfermagem. Ela é qualificada tendo em vista o elevado grau de consciência que se tem da atividade prática que se está desenvolvendo (VASQUEZ, 1990, p. 285).

da consciência e o caminho para passar de um a outro, ou seja, o percurso para passar de um tipo de consciência prática a outro (consciência da práxis). A relação reflexiva entre a consciência e a práxis não nos leva aos mesmos resultados que a relação espontânea entre uma e outra.

Vemos, por conseguinte que, para qualificar de reflexiva a práxis, também teremos em conta o grau de consciência que se tem da atividade prática que se está desenvolvendo, sendo que na práxis reflexiva a consciência encontra-se aumentada ou elevada. Segundo Vásquez (1990) a partir do objeto da atividade espontânea não surge uma nova realidade e a práxis criadora se dá no plano da práxis reflexiva.

Pensar o cuidado humano da enfermeira no contexto hospitalar enquanto práxis torna-se um exercício estimulante, pois nos remete a questionar: Quais os níveis de práxis educativa manifestas pelas enfermeiras nos cuidados dentro do âmbito hospitalar? Quais são as ações educativas manifestas pelas enfermeiras, realizadas no cuidado cotidiano, que contemplam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão-ação, conscientização e transformação? Quanto ao nível de consciência, tratou-se de uma práxis reiterativa, transformadora ou reflexiva? Quais os determinantes que possibilitaram analisar as dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado hospitalar?

3.2 Biografia de Paulo Freire

Paulo Freire na arte de educar é uma figura lendária. Não há outra pedagogia que a pedagogia do amor. A seguir, apresento um relato da vida de Freire. Sua experiência de vida teve grande influência no desenvolvimento de suas concepções teórico-filosóficas e no seu método de ensino.

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido no Brasil e no exterior apenas como Paulo Freire, nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, Pernambuco (PE) e faleceu em 02 de maio de 1997, em São Paulo. Filho de Joaquim Temístocles Freire e Edeltrudes Neves Freire, seu pai era espírita e sua mãe católica. Optou livremente pela religião de sua mãe e desde criança aprendeu com seu pai a respeitar a opção das

outras pessoas. Aprendeu o diálogo com seus pais, que procurou manter com o mundo, com os homens, com Deus, com sua mulher e com seus filhos (GADOTTI, 2003).

Em 1931 a família mudou-se para Jaboatão. Paulo tinha 10 anos de idade, foi morar nas vizinhanças da capital pernambucana, uma cidadezinha 18 quilômetros distante de Recife que, para ele, tem sabor de dor e de prazer, de sofrimento e de amor, de angústia e de crescimento. Nela, Paulo, aos 13 anos de idade, experimentou a dor da perda de seu pai e experimentou o que é a fome, compreendendo a fome das demais pessoas e, sentiu o sofrimento quando viu sua mãe, precocemente viúva, lutar para sustentar a si e seus quatro filhos. Com isso, fortaleceram-se com o amor que entre eles aumentou por causa das dificuldades que juntos enfrentaram, espantou-se com o crescimento de seu corpo, mas, sem deixar que o menino o abandonasse definitivamente, permitiu que o adulto fosse conquistando espaço em sua existência. À medida que via seu corpo crescer, sentia também sua paixão pelo conhecimento aumentar.

Assim, Jaboatão foi um espaço-tempo de aprendizagem, de dificuldades e de alegrias vividas intensamente, que lhe ensinaram a harmonizar o equilíbrio entre o ter e o não-ter, o ser e não-ser, o poder e não-poder, o querer e não-querer. (GADOTTI, 1991,1996, 2003).

Ingressou aos 22 anos de idade, na secular Faculdade de Direito do Recife e fez esta opção por ser a que se oferecia dentro da área de ciências humanas. Na época, não havia em Pernambuco curso superior de formação de educador.

Segundo Gadotti (2003), em 1944, antes de ter concluído seus estudos universitários com vinte e três anos, casou-se com Elza Maria Costa Oliveira, professora primária e diretora de escola primária, também de Recife, com quem teve cinco filhos: Maria Madalena, Maria Cristina, Maria de Fátima, Joaquim e Lutgardes, com os quais prosseguiu o diálogo que aprendera com seus pais. Foi a partir do casamento que iniciou a preocupação com os problemas educacionais, sendo incentivado por sua esposa. Ainda nesse tempo, tornou-se professor de língua portuguesa do Colégio Oswaldo Cruz, educandário que o tinha acolhido na adolescência.

Licenciou-se em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco, abandonando a carreira de advogado logo após sua primeira causa. De 1947 a 1954 trabalhou no Serviço Social da Indústria (SESI), órgão recém-criado pela Confederação Nacional da Indústria através de um acordo com o governo Vargas. Foi aí que teve contato com a educação de adultos/trabalhadores e sentiu o quanto eles e a nação precisavam enfrentar a questão da educação e, mais particularmente, da alfabetização, assim iniciou suas experiências com as causas operárias, que mais tarde o conduziram ao método Paulo Freire, iniciado em 1961. E foi aí, que ele aprendeu a dialogar com a classe trabalhadora e foi praticando que aprendeu algo de que nunca mais se afastaria a pensar sempre na prática (GADOTTI, 1991, 2003).

Foi em 1958, no II Congresso Nacional de Educação de Adultos, em julho, no Rio de Janeiro, que Paulo Freire firmou-se como “educador progressista”. Com uma linguagem muito peculiar e com uma filosofia da educação absolutamente renovadora, ele propunha que a educação de adultos teria de se fundamentar na consciência da realidade da cotidianidade vivida pelos alfabetizandos para jamais se reduzir num simples conhecer de letras, palavras e frases.

Freire afirmava também que só se faria um trabalho educativo para a democracia se o processo de alfabetização de adultos não fosse sobre - verticalmente ou para - assistencialmente o homem, mas com o homem (nos anos 50 e até após a publicação, no início dos anos 70, nos Estados Unidos, da Pedagogia do oprimido, Freire não nomeava mulheres, entendendo, erroneamente, que, ao dizer homem, incluía a mulher), com os educandos e com a realidade. Ele propôs uma educação de adultos que estimulasse a colaboração, a decisão, à participação e a responsabilidade social e política (GADOTTI, 2003, p.35).

Este segmento mais progressista da sociedade civil brasileira composto por operários, camponato, estudantes, professores universitários, intelectuais e clero católico do qual Freire fazia parte, estava inclinado a não se acomodar, mas a romper com as tradições arcaicas, autoritárias, discriminatórias, elitistas e interditadoras, secularmente vigentes no Brasil.

Enquanto muitos representantes da sociedade política hegemônica da época pensavam e tentavam equacionar soluções para o desenvolvimento econômico, alguns

da sociedade civil se indignavam com a pobreza, as injustiças sociais e o generalizado analfabetismo do povo, Freire foi um destes e assim foi se tornando, desde aquele período, o pedagogo da indignação.

Sua pedagogia continha a percepção clara da cotidianidade discriminatória da nossa sociedade até então preponderantemente patriarcal e elitista. Apontava soluções de superação dentro de uma concepção mais ampla e mais progressista: a da educação como ato político, tudo isso era novo no Brasil que ainda reproduzia a interdição dos corpos dos desvalorizados socialmente, que, assim, viviam proibidos de ser, ter, saber e poder.

Esta natureza política da educação, antes mesmo que sua especificidade pedagógica, técnica e didática, tem sido o cerne da preocupação freiriana tanto em suas reflexões teóricas quanto na sua práxis educativa.

Freire forjava-se, pela práxis vivida, como pedagogo do oprimido ‘mesmo sem ter ainda escrito a Pedagogia do oprimido’ porque partia do saber popular, da linguagem popular, da necessidade popular, respeitando o concreto deles, o cotidiano de limitações deles.

Além disso, não ficando no ponto de partida, apresentava uma proposta de superação deste mundo de submissão, de silêncio e de misérias, apontando para um mundo de possibilidades.

Em fins de 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, defendendo a tese “Educação e atualidade brasileira”, obtendo a nomeação de professor efetivo de Filosofia e História da Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de Recife.

Paulo Freire citado por Gadotti (2003), destaca que foi o primeiro a sistematizar e a experimentar um método inteiramente criado para a educação de adultos. Na constituição do seu método pedagógico, fundamentou-se nas ciências da educação, tendo grande importância a Metodologia das Ciências Sociais.

No final da década de 50, o método de alfabetização de adultos deu lugar ao movimento de Cultura Popular do Recife, surgindo então os chamados “Círculos de cultura” desenvolvidos a cargo do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Neles, Freire iniciou suas experiências na cidade de Angicos, em 1962, onde foram

alfabetizados 300 trabalhadores rurais em 45 dias, destacam (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998).

Segundo Gadotti (2001), Paulo Freire comprovou que os métodos em que os alunos e professores aprendem juntos são mais eficazes, ao contrário da concepção tradicional da escola, que se apoiava em métodos centrados na autoridade do professor.

Paulo Freire, extrapolando a área acadêmica e institucional, engajou-se também nos movimentos de educação popular do início dos anos 60. Foi um dos fundadores do Movimento de Cultura Popular (MCP) do Recife, primeiro movimento de cultura popular no Brasil que marcou profundamente a formação profissional, política e afetiva do educador. Por suas concepções de educador popular progressista, influenciou a campanha *De Pé no chão Também se Aprende a Ler*, realizada em Natal, Rio Grande do Norte. Logo depois foi para Brasília a convite do Ministro de Educação Paulo de Tarso Santos, para realizar uma campanha nacional de alfabetização.

Nasceu assim, sobre sua coordenação, o Programa Nacional de Alfabetização, que pelo Método Paulo Freire tencionava alfabetizar, politizando, 5 milhões de adultos. Foram no seu processo de alfabetização, estes novos eleitores, provenientes das camadas populares, desafiados a perceber as injustiças que os oprimiam e a necessidade de lutar por mudanças. As classes dominantes identificaram a ameaça e, obviamente, colocaram-se contra o Programa, que oficializado em 21 de janeiro de 1964, pelo Decreto nº 53.465, foi extinto pelo governo militar em 14 de abril do mesmo ano, através do Decreto nº 53.886. Por duas vezes, em Recife, Paulo Freire foi obrigado a vir ao Rio de Janeiro responder a inquérito policial-militar. Sentindo-se ameaçado, asilou-se na embaixada da Bolívia e partiu para aquele país em setembro de 1964, com apenas 43 anos de idade, levando consigo o pecado de ter amado demais o seu povo e se empenhado em politizá-lo para que sofresse menos e participasse mais das decisões.

Queriu contribuir na construção da consciência dos oprimidos e na busca pela superação de sua secular interdição na sociedade. Tendo partido de São Paulo, sobre a guarda e proteção do próprio Embaixador da Bolívia, para esse país vizinho, que o acolheu generosamente, sentiu em La Paz sua saúde abalada devido à localização alta

desta cidade que fica no cume das montanhas dos Andes. Mas foi o golpe de Estado na Bolívia, ocorrido pouco tempo depois de sua chegada, que o levou ao Chile. Em Santiago, ao lado de sua família, iniciou, como tantos outros brasileiros que no Chile tiveram asilo político, uma nova etapa de sua vida e de sua obra. Neste país viveu de novembro de 1964 a abril de 1969, trabalhando como assessor do Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e do Ministério da Educação do Chile e como consultor da UNESCO.

De abril de 1969 a fevereiro de 1970 morou em Cambridge, Massachusetts, dando aulas na Universidade de Harvard, como professor convidado. Em seguida, mudou-se para Genebra para ser Consultor Especial do Departamento de Educação do Conselho Mundial de Igrejas. Ao serviço do Conselho, andarihou como gostava dizer, pela África, pela Ásia, pela Oceania e pela América, com exceção do Brasil. Na Suíça, Paulo Freire foi também professor da Universidade de Genebra, levando aos alunos da Faculdade de Educação suas idéias e reflexões.

Ganhou seu primeiro passaporte brasileiro em junho de 1979 e, em agosto do mesmo ano. Sobre o clima da anistia política, chegou ao Brasil pelo Aeroporto de Viracopos, São Paulo, onde foi recebido calorosamente por parentes, amigos e admiradores. Aceitou ser professor da PUC-SP. Retornou à Europa e organizou sua volta definitiva ao Brasil em junho de 1980 para se integrar e se entregar definitivamente ao seu país e ao seu povo.

Disseminou suas idéias em vários países e continentes do mundo com suas obras, palestras e conferências retornando para o Brasil em 1979, à idade de 58 anos. Após o falecimento de sua esposa Elza (1916-1986), e de um tempo solitário, casou-se novamente com Ana Maria.

Ana Maria Araújo Freire também teve grande participação em sua vida. Destaca sua segunda esposa ao escrever uma biografia sobre Paulo Freire que, para ela, a vida com Paulo Freire tem um sentido muito especial. Primeiro, porque foram mulher e marido, unidos por laços de amor e paixão; segundo, porque vinha pesquisando a história da educação brasileira há muitos anos e, assim falar sobre este educador era reviver também o processo de sua inserção nela, e isso era provocador e gratificante e, terceiro, porque eles conheciam-se por quase todas as suas vidas, desde 1937, ano em

que, após exaustivas e infrutíferas caminhadas de sua mãe pelas ruas do Recife à procura de uma escola onde Paulo pudesse estudar, ele foi acolhido por seu pai que lhe ofereceu esta possibilidade. Paulo então a conheceu nos corredores do Colégio Oswaldo Cruz, de propriedade de seu pai, Aluísio Pessoa de Araújo, quando Ana Maria tinha apenas quatro anos de idade e ele, 17 anos.

Assim, com a percepção de mulher-esposa, de mulher-historiadora e, ao mesmo tempo, de mulher-amiga, pretendia registrar algumas informações sobre a vida e a obra dele, passo a passo, algumas das suas contribuições e os reflexos delas na área político-educacional por todo o mundo (GADOTTI, 2003).

A preocupação de Freire foi proporcionar à população, principalmente aos mais pobres, a possibilidade de resgatar a cidadania, ser crítico e buscar melhores condições de vida.

Paulo Freire foi um verdadeiro educador do seu tempo, foi incompreendido, exilado, reconhecido e enaltecido no mundo, e na volta ao país reconstruiu e continuou sua obra em prol da educação, sempre buscando ultrapassar as barreiras que obstaculizam a busca do “ser mais” (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998, p. 249).

Para Meditsch (1997), a aplicação da filosofia praxica do pedagogo Paulo Freire nos possibilita um avanço na compreensão dos condicionamentos das práticas cognitivas inerentes às atividades na área da saúde e da enfermagem, tanto no pólo da produção quanto no da recepção, assim como na contribuição para o aperfeiçoamento destas práticas sociais no ambiente social e democrático.

Falar sobre os ensinamentos de Paulo Freire não é algo simples, é de uma incumbência difícil quando grandes conhecedores da sua corrente filosófica já se pronunciaram através de muitas outras publicações revelando seu pensamento. Ele não é um mágico portador de técnicas ou prescrições, aplicáveis em qualquer tempo e lugar, mas um investigador pedagogo, com uma proposta de pedagogia inovadora. É um pensador da práxis, um pedagogo da consciência e um crítico que questiona sua própria práxis docente (FREIRE, 1980, 1993a).

Em 1979, aos 58 anos, foi nomeado com títulos de doutor “honoris causa” pela Universidade de Louvain (Bélgica), Universidade Livre de Londres (Inglaterra), Universidade de Michigan (Estados Unidos) e Universidade de Genebra (Suíça) com

uma grandeza que decorre, sobretudo, de haver posto sempre o seu pensamento a serviço da liberação do homem (GADOTTI, 2003, p.139).

O referencial político-pedagógico do educador Paulo Freire vem sendo utilizado em pesquisas realizadas na área da Enfermagem e da Saúde nos últimos anos, principalmente nas dissertações de mestrado, porque denota a preocupação das(os) enfermeiras(os) em transformar a sociedade em que estamos convivendo e continuamente contextualizando. A Saúde e a Educação não podem ser dissociadas, caminham juntas, porque ambas são práticas sociais.

Considero este suporte teórico também, como fundamental para subsidiar a discussão dos dados desse estudo, pela proposta aberta, inovadora e dinâmica presente na metodologia da educação problematizadora, uma proposta que Paulo Freire traz buscando o desenvolvimento da consciência crítica e, que possibilita a construção de um conhecimento importante para a Enfermagem, na perspectiva de transformação do próprio processo de trabalho em saúde, particularmente para nosso exercício profissional.

3.2.1 A Educação Libertadora por Paulo Freire

A educação libertadora de Paulo Freire contém a busca do desenvolvimento da consciência crítica. Sua aplicação possibilita a construção de um conhecimento importante para a Enfermagem, na perspectiva de transformação do próprio processo de trabalho em saúde e, particularmente, para o nosso exercício profissional.

A educação é percebida por Freire (1983), como um processo permanente, dinâmico, transcendente, inacabado e inconcluso, pois ninguém sabe de maneira absoluta e não há saber nem ignorância absoluta. Freire (1983) ressalta, também, que não há educação sem amor, que não há educação verdadeira quando imposta e que uma educação sem esperança não é educação, pois a educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade. Ao contrário, o indivíduo deve participar e transformar sua realidade para *ser mais*, sendo sujeito e não objeto de sua própria educação. O homem é um ser inconcluso que é e está sendo no tempo que é o seu, um

ser histórico e, como tal, contextualizado. Em todo homem existe um ímpeto criador que nasce da sua inconclusão (FREIRE, 1983).

O autor defendeu sempre uma Educação Problematizadora, uma Pedagogia Libertadora, aquela que se contrapondo à educação bancária ou à pedagogia bancária pudesse servir para libertar o homem dos seus opressores e pudesse servir para a emancipação do homem e para a sua humanização.

Freire destaca a importância de desenvolver, no processo educativo, os conceitos de diálogo, da participação, da ação-reflexão-ação, da conscientização e da mudança, “um desenvolvimento individual uma libertação coletiva, de modo a combater a alienação escolar e propor a redescoberta de uma autonomia criadora” (GADOTTI, 1991, p.109).

Outro aspecto importante, destacado por Freire, é que o homem é um ser de relações, por conseguinte é um ser-em-situação, está no mundo e com o mundo. É um ser da práxis, da ação e da reflexão (FREIRE, 1977). Isto é, que as relações humanas não se dão apenas com os outros, mas se dá no mundo, com o mundo e pelo mundo, o que faz do homem um ser de integração. O ato de refletir é essencial a esta relação, própria de todos os homens e não só privilégio de alguns. Por isso, a consciência reflexiva no sentido de que corresponde à práxis criadora deve ser estimulada, de modo a que o cliente/cidadão reflita sobre sua própria realidade, já que o homem, compreendendo a sua realidade, levanta hipóteses sobre os desafios propostos pela mesma e procura alternativas para enfrentá-los em qualquer contexto social.

Característico de uma visão crítica da educação é que “cada um de nós é um ser no mundo, com o mundo e com os outros. Viver ou encarnar esta constatação evidente, enquanto educador ou educadora significa reconhecer-nos outros (...) o direito de dizer a sua palavra” (FREIRE, 1994a, p. 26).

Direito esse que os clientes/cidadãos têm e corresponde ao nosso dever de ouvi-los, corresponde ao direito que nós temos de falar a eles, se concretizando desse modo uma relação dialógica entre a enfermeira-cliente, educadora-educando nesse cuidado educativo.

O homem é um *ser-no-mundo*, que só realiza sua existência no encontro com outros homens, sendo que, todas as suas ações e decisões afetam as outras pessoas.

Porém, nesta convivência, nesta coexistência, naturalmente têm que existir regras que coordenem e harmonizem esta relação. Ou seja, limites em relação aos quais podemos medir as nossas possibilidades e as limitações a que devemos submeter-nos.

O posicionamento de Paulo Freire sobre a educação na formação do sujeito humano compreende: “[...] uma educação que, por ser educação, haveria de ser corajosa, propondo ao povo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre suas responsabilidades, sobre seu papel no novo clima cultural da época de transição. Uma educação que lhe propiciasse a reflexão sobre seu próprio poder de refletir e que tivesse sua instrumentalidade, por isso mesmo, no desenvolvimento desse poder, na explicitação de suas potencialidades, de que decorreria sua capacidade de opção. Educação que levasse em consideração os vários graus de poder de captação do homem brasileiro da mais alta importância no sentido de sua humanização” (FREIRE, 1983, p.59).

Uma educação referida à realidade, que só é viva, só forma, só constrói conhecimento quando nasce da prática social, quando responde às exigências da vida social e às aspirações dos indivíduos em relação à sua existência concreta. Uma educação compreendida como uma tarefa que ajude ao homem a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo e participar efetivamente da vida social, compreendendo o que ocorre ao seu redor.

Segundo Freire (1980) a conscientização é o conceito central sobre a educação libertadora-humanista, porque esta, como prática da liberdade, como visão do mundo, é ato de conhecimento, é uma aproximação crítica da realidade, com o compromisso e ação necessária para transformá-la. A conscientização é um processo no qual a educadora e o educando se conscientizam através do movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a ação subsequente no processo de luta pela libertação do indivíduo e transformação da realidade.

Neste mesmo enfoque, segundo Freire (1993a), não é possível aceitar uma concepção mecânica da consciência, ou seja,

“A educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres (vazios) a quem o mundo (encha) de conteúdos, não pode se basear numa consciência espacializada, mecanicamente compartimentada, mas nos homens como (corpos) conscientes e na consciência como consciência

intencionada ao mundo, onde na educação problematizadora responde à essência do ser da sua consciência, que é a sua intencionalidade” (FREIRE, 1993a, p.77).

Afirma também o autor, que na prática da conscientização, o homem, inicialmente, faz uma aproximação espontânea (posição ingênua) da sua situação concreta (realidade). Ao ultrapassar isto, chega a experienciar, apreender e desvelar essa realidade, através de um desenvolvimento crítico da tomada de consciência, penetrando no fenômeno e analisando-o. A conscientização está implícita no desvelamento da realidade através da ação educativa. Esta não pode existir fora da práxis do ser, sem ato de ação-reflexão e de compromisso com a transformação social. Conscientização que só pode existir na práxis, ou seja, no ato ação-reflexão, uma conscientização como atitude crítica dos homens na história, com conseqüente engajamento no papel de sujeito que faz e refaz o mundo, um processo contínuo que não terminará jamais.

É preciso possibilitar a libertação, tanto de oprimidos quanto de opressores, assim como uma atitude crítica na qual se esclarecerão os mitos e utopias que enganam, para dar lugar a uma nova realidade: “quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, graças ao compromisso de transformação que assumimos” (FREIRE, 1980, p.28).

Este mesmo pedagogo reafirma num de seus últimos livros:

“Não há para mim, na diferença entre a ingenuidade e a criticidade, entre o saber de pura experiência feito e o que resulta dos procedimentos metodicamente rigorosos, uma ruptura, mas uma superação. A superação e não a ruptura se dá na medida em que a curiosidade ingênua, sem deixar de ser curiosidade, pelo contrário, continuando a ser curiosidade, se critica. Ao criticizar-se, tornando-se então, permito-me repetir, curiosidade epistemológica, metodicamente ‘rigorizando-se’ na sua aproximação ao objeto, conota seus achados de maior exatidão. Na verdade, a curiosidade ingênua que, ‘desarmada’ está associada ao saber do senso comum, é a mesma curiosidade que, criticizando-se, aproximando-se de forma cada vez mais metodicamente rigorosa do objeto cognoscível, se torna curiosidade epistemológica. Muda de qualidade, mas não de essência” (FREIRE, 1997, p.34).

Na mesma abordagem, Gadotti (1996) destaca que a conscientização é uma palavra utilizada por Freire, apesar de ter seu sentido já adulterado por muita gente, enfatizando que uma pessoa ou um grupo de pessoas que se conscientizam, é capaz de descobrir a razão de ser das coisas, a relação que deve existir entre o pensar e o atuar (ação-reflexão). Essa descoberta deve ser acompanhada de uma ação transformadora.

A “conscientização” e o diálogo são elementos fundamentais na filosofia educacional de Paulo Freire. O diálogo se dá em forma horizontal entre as pessoas em relação, onde o saber de todos é valorizado (GADOTTI, 2000).

Portanto, o diálogo é inerente ao ser humano, é o encontro no qual a partir da reflexão e da ação, a realidade se transforma, no sentido de que as pessoas possam tornar-se mais humanas. Para isso o amor é fundamental. A humildade, a fé e a esperança também devem estar internalizadas nas pessoas para que elas se transformem, e assim possam transformar o mundo que as rodeia e do qual fazem parte (FREIRE, 1980).

A concepção de uma educação libertadora reforça a mudança como possibilidade de uma ação transformadora, ligada à ação e à reflexão, enquanto um fazer humanista e problematizador. Como se realiza esta educação? Somente com um método que privilegie a ação-reflexão e o diálogo. Freire (1983) menciona que em todo diálogo, como fenômeno humano, cabe a necessidade de analisar a palavra, constando de duas dimensões: ação e reflexão, ambas em interação, onde a palavra é práxis transformadora.

Neste marco, o autor nos coloca a importância de desenvolver no processo educativo, a reflexão, o pensar certo, e não simplesmente dar informações. É claro que estas são importantes, mas fundamental é a formação para pensar e analisar a realidade.

A compreensão da realidade, para Freire, é apenas um momento do ciclo maior que leva à sua permanente transformação pelo ser humano que a compreende:

“...esse movimento do mundo da palavra e da palavra ao mundo está sempre presente. Movimento em que a palavra dita flui do mundo mesmo através da leitura que dele fazemos. De alguma maneira, porém, podemos ir mais longe e dizer que a leitura da palavra não é apenas precedida pela leitura do mundo mas por certa forma de escrevê-lo, ou de reescrevê-lo, quer dizer, de transformá-lo através de nossa prática consciente”(FREIRE, 1994a, p.22).

No âmbito hospitalar, a enfermeira presta cuidado ao cliente de forma contínua e ininterrupta durante sua internação, tornando-se relevante, na sua função o labor educativo durante o cuidado hospitalar, o qual através dos conceitos anteriormente citados possibilita compartilhar o saber do cliente com o saber da enfermeira, promovendo a reflexão mútua e o desenvolvimento crítico para seu processo de conscientização, onde a dimensão educativa é um componente apropriado que liga e cria laços entre as pessoas-relação; cliente-enfermeira; enfermeira-cliente no campo hospitalar.

Diante dos muitos dilemas, contradições, dicotomias e dualidades até de mitos e utopias em nosso âmbito laboral e da própria vida, temos a tendência de conduzir nossas ações de forma quase que instintiva, automática, fazendo uso de alguma ‘fórmula’ ou ‘receita’ presente em nosso meio profissional e social, de normas que julgamos mais adequadas de serem cumpridas, por terem sido aceitas e reconhecidas como válidas e obrigatórias.

O encaminhamento para este marco teórico advém da possibilidade que este oferece de proporcionar o desenvolvimento da dimensão educativa-cuidativa, no desencadeamento de uma relação horizontal entre a enfermeira-cliente/cidadão; cliente/cidadão-enfermeira, a partir dos conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão, conscientização, transformação os quais darão subsídios para compreender e analisar o nível da práxis da profissional enfermeira nas ações educativas no cuidado da enfermagem ao cliente hospitalizado na pesquisa.

Reafirmo o nosso papel como educadores com as palavras de Paulo Freire (1993b, p.59),

o papel de um educador conscientemente progressista é testemunhar a seus alunos, constantemente, sua competência, amorosidade, sua clareza política, a coerência entre o que diz e o que faz e sua tolerância, isto é, sua capacidade de conviver como os diferentes para lutar com os antagônicos.

3.2.2 O Significado da Práxis Educativa segundo Freire

Entendida como um processo educativo que, no contexto hospitalar, considere a educação e o cuidado como duas facetas indissociáveis de um mesmo processo, no qual “educar” significa compromisso com a realidade, baseado no diálogo que procura esclarecer e despertar a consciência da enfermeira para compreender a realidade que a rodeia, a realidade que vive. Isto é, possibilitar o desenvolvimento da consciência crítica, ou seja, a profissional assumir a educação quando promove e reconhece a liberdade do outro (cliente/cidadão) durante o cuidado de enfermagem. Por conseguinte, a práxis educativa como instrumento, elemento ou o próprio processo de construção cria as condições necessárias para a transformação social, determinando finalidade e guiando as ações educativas individuais e/ou coletivas. E contribui também para reforçar sua autonomia.

Assim, a práxis educativa é uma prática social transformadora, que corresponde a necessidades práticas e implica em certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz, por meio da consciência, isto é, com a finalidade de emancipar o homem por meio de uma prática crítica e criativa.

Práxis não pode ser concebida estaticamente, nem desvinculada das contradições presentes na dinâmica social, por isso é um contínuo movimento de percepção, participação, ação-reflexão, direcionado por um projeto histórico e político em seus momentos de conscientização ou de ação, mas supõe uma prática que visa à capacitação do profissional, num processo indissociável de reflexão e ação para a transformação da realidade hospitalar.

Assim, a práxis educativa não pode ser considerada “uma prática puramente material, nem puramente teórica, mas requer um constante vai e vem de um plano a outro, o que só pode ser assegurada se a consciência da prática se mostrar ativa, flexível e criadora ao longo de todo um processo (...), onde teoria e prática convergem no produto objetivo (...) expressão de sua unidade” (VÁSQUEZ, 1990, p.32).

Uma práxis educativa em que a enfermeira não apenas educa, mas que é educada, em diálogo com a clientela que, ao ser educada também educa e cuida.

Processo que permita ao profissional de Enfermagem desenvolver suas capacidades para a atuação no trabalho, assim como, pela conquista dos direitos de cidadania.

Procuo evidenciar também, que a relação entre a educação e o cuidado não se dão linear ou seqüencialmente, mas fazem parte de um todo articulado, indissolúvel, indissociável e indicotomizável. Onde somente com uma leitura dialética de suas relações, poderá a enfermeira utilizá-la como uma base teórica que possibilita uma efetiva relação teoria-prática, por isso é atividade que se caracteriza pela unidade teórico-prática, porém o raciocínio dialético deve acompanhá-la ao longo do exercício profissional, no contato diário com a realidade do contexto hospitalar.

A(o) enfermeira(o), enquanto ser social, só é ser humano e se faz ser humano, em e pela práxis educativa. É através da práxis educativa, como atividade humana que se vai transformar o mundo social e material, que o homem produz, ao mesmo tempo, objetos e a si mesmo.

Na minha concepção, as idéias de Paulo Freire, mestre pedagogo, auxiliaram-me a perceber, que a práxis educativa é o desvelamento da realidade que cerca a pessoa/cidadão, seja através de um ato individual ou coletivo, em que os conteúdos, são guiados pelas necessidades das pessoas, pelos interesses próprios com participação efetiva e ação refletida de todos os envolvidos nesta situação. Essa práxis efetiva-se na ação-reflexão-ação mediatizada pelo olhar e agir crítico e criativo.

3.2.3 Os Conceitos de Referência

As construções destes conceitos estão baseadas nas obras de Paulo Freire, (1977), (1980), (1983), (1985), (1993a), (1993b), (1994a), (1994b), (2000) (2001) e integram o referencial que direcionará a pesquisa. Apresento os conceitos cada um deles de modo separado, embora na realidade, estejam permanentemente inter-relacionados.

3.2.3.1 DIÁLOGO

Apenas o diálogo entre os seres humanos e com a natureza e a sociedade que necessita de transformação pode construir a humanização dos próprios seres humanos. “O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o ‘pronunciam’, isto é, o transformam, e, transformando-o, o humanizam para a humanização de todos” (FREIRE, 1997, p.43).

Freire (1993a) afirma que “a palavra, como comportamento humano significativo do mundo, não designa apenas as coisas, transforma-se; não é só pensamento, é práxis” (p.19).

Entendido o diálogo como um importante componente na educação libertadora, e a própria palavra, que possui suas dimensões de ação e reflexão. É um encontro fraterno em que há troca de experiências e idéias sobre essas experiências, a partir do saber que cada cidadão/cliente é portador. É o encontro em que se solidarizam a ação, a reflexão e a ação de seus sujeitos direcionados ao mundo a ser transformado e humanizado.

O diálogo é um ato de amor, de humildade, de confiança, de fé, uma fé pela qual os homens expressam o seu poder de fazer e de refazer, de criar e recriar, fé na sua vocação de “ser mais”, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens. Diálogo em que haja um pensar verdadeiro, um pensar crítico, um pensar que não aceita a dicotomia mundo-homens e reconhece que existe entre eles uma inquebrantável solidariedade.

Diálogo é a comunicação verdadeira entre os homens, é ação e reflexão, pois não há palavra verdadeira que não seja práxis, palavra que tenha ação transformadora que desvela a realidade, permitindo a compreensão da mesma, palavra que sirva de instrumento de releitura coletiva da realidade, onde acontece a relação entre os homens.

Dialogar é atuar e pensar como sujeitos e permitir que outras pessoas sejam sujeitos críticos. Tal ação só é possível através da educação libertadora. A posição contrária é o anti-diálogo.

3.2.3.2 PARTICIPAÇÃO

Educar e educar-se, na prática da liberdade, não é estender algo desde a ‘sede do saber’, até a ‘sede da ignorância’ para ‘salvar’, com este saber, os que habitam nesta. Ao contrário, educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem – por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais – em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais (FREIRE, 1977, p.25).

É o elemento central da práxis educativa, através de um ato coletivo, já que a sua conquista passa a ser fator inerente ao processo de transformação da práxis, objeto de trabalho do profissional de Enfermagem.

Processo dinâmico, isto é, o processo de criação do homem ao pensar e agir sobre os desafios, oportunidades, contexto, nos quais ele próprio está situado. A participação é um processo, pois nunca está acabada ou suficiente; ela é histórica e se expressa no cotidiano, portanto, a participação é uma prática consciente, é a forma de o ser humano/cidadão/cliente unir-se à dinâmica das relações sociais em busca da realização de objetivos comuns.

É a compreensão de participar do processo educar-cuidar por meio do diálogo, é dizer a palavra. Onde o ato do homem que, saindo de seu mundo de mutismo, ligado à consciência ingênua, fala, isto é, se descobre sujeito e autor de sua própria existência e de sua história.

A participação mediada pelo diálogo o leva a uma ação-reflexão na procura de promover a conscientização do indivíduo, com o intuito de desencadear uma ação transformadora, na qual o homem é o sujeito ou agente de mudança social.

Assim é importante o papel do indivíduo no desenvolvimento teórico e prático, deverá ter uma participação efetiva questionando, contribuindo, enfim, tendo uma postura crítica frente ao desenvolvimento do processo da práxis educativa.

3.2.3.3 AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO

[...] uma educação que, por ser educação, haveria de ser corajosa, propondo ao povo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre suas responsabilidades, sobre seu papel no novo clima cultural da época de

transição. Uma educação que lhe propiciasse a reflexão sobre seu próprio poder de refletir e que tivesse sua instrumentalidade, por isso mesmo, no desenvolvimento desse poder, na explicitação de suas potencialidades, de que decorreria sua capacidade de opção. Educação que levasse em consideração os vários graus de poder de captação do homem brasileiro da mais alta importância no sentido de sua humanização (FREIRE, 1983, p.59).

É um componente no qual o homem tem a capacidade de pensar, agir e refletir e, por isso comprometer-se. O homem como ser autônomo que possui uma vocação ontológica para ser sujeito e não objeto.

Baseada nas idéias de Freire, a educação problematizadora está fundamentada sobre sua criatividade e estimula uma ‘ação-reflexão-ação’ verdadeiras sobre a realidade respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras (FREIRE, 1980).

Entendida como um dos elementos do processo da práxis educativa, que vai permitir a conscientização do indivíduo, com a finalidade de desencadear uma ação transformadora.

Baseada numa visão libertadora, ela contribui para a humanização dos homens, numa relação horizontal, através do diálogo, da participação, da ação-reflexão-ação, objetivando, sempre, a transformação da educação tradicional e/ou conservadora.

Nesta concepção, significa compartilhar o saber popular e o saber técnico, o diálogo e o caráter reflexivo e crítico sobre a realidade, comprometidos ambos enfermeira-cliente/cidadão com a transformação social.

3.2.3.4 CONSCIENTIZAÇÃO

“O papel fundamental das pessoas comprometidas com a ação cultural que visa à conscientização não é falar corretamente, para fabricar a idéia libertadora, mas convidar as pessoas a se apoderarem, com suas próprias mentes, da verdade de sua realidade” (FREIRE, 1976, p.77).

Para Freire (1980), a conscientização é o conceito central na “educação libertadora - humanista”, porque esta, como prática da liberdade, é ato de

conhecimento, uma aproximação crítica da realidade, com o compromisso e ação necessária para transformá-la.

Termo utilizado por Freire para mostrar a relação que deve existir entre o pensar e o atuar. Uma pessoa (ou melhor, um grupo de pessoas) que se conscientiza (sem esquecer que ninguém conscientiza ninguém, mas as pessoas se conscientizam mutuamente em relação, através de seu trabalho cotidiano) é aquela que é capaz de descobrir a razão de ser das coisas. Essa descoberta deve ser acompanhada de uma ação transformadora.

É o desenvolvimento crítico da tomada de consciência. Implica em ir além da esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica, ou seja, uma posição de estudo crítica, com base científica frente à realidade desvelada.

É um processo no qual a educadora enfermeira e o educando(cliente/cidadão) se conscientizam através do movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a ação subsequente no processo de luta pela libertação do indivíduo e transformação da realidade.

É a capacidade de descobrir a razão de ser das coisas, descoberta esta que deve ser acompanhada de uma ação transformadora. Processo contínuo, permanente, infinito, que passa, antes de tudo, pela prática diária de nosso cotidiano em nosso trabalho profissional, assim como, na ‘práxis do ser’ e que, está baseada na relação consciência-mundo e implica em traçar passos para sua compreensão.

Conscientização são os olhares mais críticos possíveis da realidade, que propiciam o seu desvelamento e permitem conhecê-la para, a partir daí, conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante. Conscientização, que só pode existir na práxis, ou seja, no ato ação-reflexão-ação. Uma conscientização como atitude crítica dos homens na história, com conseqüente engajamento no papel de sujeito que faz e refaz o mundo, um processo contínuo que não terminará jamais. Assim, está implícita no desvelamento da realidade através da ação de educar; esta não pode existir fora da ‘práxis do ser’, sem ato de ação-reflexão-ação e do compromisso com a transformação social.

3.2.3.5 TRANSFORMAÇÃO

O conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que julgam nada saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica destas relações. É na luta pela transformação da natureza em cultura e de uma cultura de dominação em uma cultura de libertação, numa palavra, é pela ação do homem trabalhador e da mulher trabalhadora que se constrói uma sociedade diferente. Essa só pode ser uma ação organizada dos seres humanos (FREIRE, 1977, p.36).

Entendida como o resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade, para criação de um novo mundo, ou seja, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, modificando a realidade.

É um recurso da práxis educativa no contexto do cuidado de enfermagem, mediado pelo diálogo, levando a uma ação-reflexão-ação, na procura de promover a conscientização do indivíduo, com o intuito de desencadear uma ação transformadora, onde o homem é o sujeito ou agente de mudança social. É possibilitar o desenvolvimento da consciência crítica e libertar-se da alienação, buscando formas criativas, e uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade, objetivando sempre a transformação da mesma.

Freire (1977) ressalta que “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” (p.30).

Entendendo a práxis educativa como um importante e relevante trabalho da enfermagem é que apresento esses conceitos, cujo eixo central localiza-se no conceito da educação em saúde, ou seja, a educação não formal enquanto processo que tem como finalidade a consciência da prática ‘práxis do ser’, baseada na relação cliente/cidadão-enfermeira no cotidiano do trabalho profissional da enfermagem. Também se procurou evidenciar que as relações entre os conceitos que contemplam a educação libertadora não se dão vertical ou seqüencialmente, eles fazem parte de uma unidade indissolúvel e indissociável.

CAPITULO IV

O MARCO OPERACIONAL

Neste capítulo, inicio com a explanação sobre pesquisa qualitativa do tipo exploratório, que busca compreender e analisar a consciência da práxis educativa das profissionais enfermeiras no cuidado hospitalar. A apresentação e as análises dos dados serão argumentadas e apoiadas na Educação Libertadora de Paulo Freire e nos Níveis de Práxis propostos por Vasquez. A análise dos dados esteve apoiada no percurso de Análise de Conteúdo segundo Bardin (2004). Conjuntamente descrevo as etapas da trajetória metodológica e encerro com os aspectos éticos.

4.1 O Tipo de pesquisa

Optei pela pesquisa de natureza qualitativa, tipo exploratório. Segundo Denzin e Lincoln (1998), na pesquisa qualitativa, os pesquisadores estudam coisas em seu ambiente natural com o intento de julgar ou interpretar fenômenos em termos dos significados dados pelas pessoas, onde envolvem métodos variados de coleta que visam a descrever rotinas, consideram momentos problemáticos e significados individuais da vida. Por sua vez Minayo (2001) sugere que na pesquisa qualitativa busca-se o significado da ação humana, a qual constrói a história, por meio de um grupo de técnicas que viabilizam a elaboração da realidade, devendo caminhar juntas, teoria e metodologia e, assim, compor um conjunto de procedimentos que direcionem para a revelação do fenômeno estudado.

Beck, Gonzáles e Leopardi (2001, p. 198) escrevem que o detalhamento da metodologia se constitui na arte de dirigir o espírito na investigação da verdade, através do estudo e planejamento de métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos traçados. As autoras afirmam que o método é o caminho pelo qual se chega à meta, sendo a essência da descoberta e do fazer científico e representa o aspecto formal da pesquisa, o plano pelo qual se põe em destaque às articulações entre os meios e os fins, através de uma ordenação lógica de procedimentos.

Silva (2004) enfatiza que “o método de qualquer disciplina científica inclui um modo de raciocinar, um conjunto de estratégias de investigação e um repertório de técnicas de análise adequadas ao objeto proposto”, e define que um método é uma forma de progredir em direção a um objetivo. Expôr o método científico consiste em descrever os princípios fundamentais que serão postos em prática durante a investigação. Isto é, o modo de fazer conhecimento e a maneira de abordar o objeto de estudo. Ou seja, os métodos não são mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenômenos ou domínios estudados, porém esta adaptação não dispensa a fidelidade do investigador aos princípios fundamentais do método científico (SILVA, 2004).

Leopardi (2001) destaca, assim mesmo, que o método não é exterior ao conteúdo, pois é um caminho de chegar a conhecimentos válidos e, no caso da pesquisa qualitativa, tal conhecimento é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada, portanto, não podem ser controladas e generalizadas. No entanto, por serem experiências verdadeiras de pessoas, não podem ser suspeitas e tidas como não verdadeiras.

Para Minayo (2001, p.68), a dialética “... introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação”. Para Spirkin e Yágot (1985, p.14), a dialética “é a ciência das leis gerais do movimento e do desenvolvimento da natureza, da sociedade e do pensamento humano, a ciência da concatenação universal de todos os fenômenos existentes no mundo”. Demo (1995, p.125) relata que a “(...) dialética é, sobretudo o respeito a uma realidade tão complexa, profunda e dinâmica, que nos impõe a reverência típica do mistério. Quanto mais pesquisamos, mais temos a perguntar”.

Portanto, o método dialético é a aplicação da dialética à investigação científica, ao estudo e ao trabalho. Este implica uma análise objetiva, mas crítica da realidade, com o objetivo não apenas de conhecê-la, mas também de transformá-la, por isso, o método dialético deve evidenciar as contradições internas em cada fenômeno estudado (GADOTTI, 1991, p.153).

Mediante o exposto, esse é um estudo qualitativo do tipo exploratório que busca compreender e analisar a consciência da práxis educativa das enfermeiras no cuidado no contexto hospitalar.

Segundo Minayo (2001, p. 22),

A rigor, qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica do seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação.

4.2 Sujeitos e Cenário do estudo

O presente estudo foi desenvolvido junto a enfermeiras de unidades de Clínica Cirúrgica e de Clínica Médica de um hospital geral do sul do Brasil. Os critérios estabelecidos para a escolha das participantes foram: o primeiro que fossem enfermeiras assistenciais, enfermeiras coordenadoras da equipe de turno ou enfermeiras assistenciais que realizam atividades gerenciais; o segundo, que estivessem prestando cuidados assistenciais aos clientes nas unidades de internação durante seu turno de trabalho e que se dispusessem a participar do estudo e, o último, que já tivessem o exercício profissional de dois ou mais anos.

Numa população composta por seis (6) enfermeiras, mediante relação nominal fornecida pela Chefia de Enfermagem das Unidades de Internação e segundo as listagens da Escala de Serviço durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2006, a escolha das participantes foi em ordem numérica a partir da escala. Quando a enfermeira escolhida concordava em participar, era solicitado que assinasse o formulário do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) incluindo o uso do gravador e algumas anotações por escrito, sendo-lhe informada a garantia e segurança do sigilo e confidencialidade quanto às informações proporcionadas.

No percurso da pesquisa, houve um clima de empatia, entrosamento, harmonia e receptividade entre as participantes e a pesquisadora, propiciando momentos de descontração para dialogar sobre as questões propostas. Na oportunidade, é importante destacar que o idioma espanhol, não foi nenhum impedimento para o diálogo devido à

presteza e respeito por parte das colegas enfermeiras, e pela minha experiência profissional, na área assistencial, durante muitos anos em nível hospitalar.

O Hospital em que se desenvolveu o estudo é um hospital geral de médio porte, público e gratuito, mantido pelo governo federal do Brasil, e têm como campo de atuação o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde. O interesse do âmbito desta instituição hospitalar é pelo fato de ser um hospital de ensino e desenvolver-se o cuidado de Enfermagem nas unidades de hospitalização.

Entrei no Hospital para realizar a pesquisa após autorização e aprovação da Direção Geral do Hospital e Diretoria de Enfermagem (Apêndice 2), bem como do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem, onde entreguei uma cópia do projeto de pesquisa. A seguir, apresentei-me às chefias de enfermagem de cada unidade e expus o meu projeto de pesquisa, meus objetivos com esse trabalho, assim como a participação livre das enfermeiras e a forma da escolha das participantes. Atendendo minha solicitação de espaço físico reservado, para a condução das entrevistas semi-estruturadas, me foi cedida a sala da Chefia de Enfermagem de cada unidade para o desenvolvimento das mesmas.

As enfermeiras participantes do estudo apresentavam as seguintes características: 4 moram em Florianópolis; a menor idade foi de 34 anos e a maior de 59 anos; 4 eram casadas; e 16% realizavam curso de especialização e uma estudava curso de língua francesa..

Com relação a sua trajetória profissional, as enfermeiras concluíram o curso de Enfermagem no período de 1992 e 1998, sendo que o 100% formaram-se na UFSC. O tempo de exercício profissional no hospital universitário oscilavam entre 6 e 23 anos de trabalho. Cinco (5) enfermeiras já tinham realizado cursos de especialização em: Terapia Intensiva, Gestão Pública, Enfermagem do Trabalho e Saúde Pública. Dois (2) realizaram o curso de mestrado em enfermagem na UFSC. O setor que atuavam as enfermeiras eram 50% nas unidades de Clínica Cirúrgica e outro 50% de Clínica Médica. Assim como, cinco (5) eram enfermeiras assistenciais e uma (1) enfermeira assistencial realizava atividade gerencial (Chefia de Enfermagem). Cinco (5) o horário de trabalho era de manhã de 7 horas até 13 horas, e uma (1) horário noturno sendo que trabalhavam sábados e domingos até dezembro do mesmo ano 2006 por motivos

peçoais. As seis enfermeiras assistenciais que participaram dessa pesquisa atuavam em nível hospitalar em regime de internação.

4.3 Coleta e Registro dos dados

A entrevista semi-estruturada, nesse estudo, foi utilizada como procedimento para obter os dados. Minayo (2001) destaca que mediante a entrevista podem ser obtidos dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, ou seja, suas atitudes, valores e opiniões. São informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas costumam denominar de “subjetivos”, e que só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos. Afirma ainda a autora que as entrevistas se estruturam e podem ser de vários tipos. Para o caso da entrevista semi-estruturada, combinam-se perguntas fechadas (entrevistas estruturada) e abertas onde a entrevistada tem a possibilidade de discorrer o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Nessa mesma perspectiva Minayo (2001, p.108) também destaca que a entrevista semi-estruturada “[...] não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”. A presença do pesquisador diante dos entrevistados proporciona agilidade nas respostas, segurança quanto à qualidade dos dados, bem como a oportunidade de refazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas.

Assim, a utilização da entrevista tem por objetivo principal apreender o ponto de vista dos atores sociais, devendo o roteiro conter poucas questões, porque a pretensão é ser um instrumento de mediação da entrevista, isto é, de orientação para uma “conversa com finalidade” a fim de estabelecer a comunicação aberta, ampla e aprofundada. O propósito do roteiro é que seja só um guia e, como tal, não contemple todos os acontecimentos do trabalho de campo.

Lacerda (1996) ao referir-se à entrevista, comenta que ‘a escuta atenta faz parte da ação desse instrumento’. Segundo Leopardi (2001) um ponto essencial é identificar aspectos, dimensões, variáveis que norteiam as questões, direcionar as perguntas para

o plano investigativo, ou seja, que tenham relevância para o problema. A escolha recaiu sobre a entrevista semi-estruturada, que associa perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, na qual o entrevistado pode falar sobre o tema proposto, sem respostas ou condições preestabelecidas pelo pesquisador. A entrevista é considerada como um instrumento importante de coleta de dados, porque possibilita uma fala reveladora de condições estruturadas, de sistemas de valores, normas e símbolos, e favorece a transmissão das representações de grupos específicos em situações peculiares.

Flick (2004) diz que a pesquisa qualitativa trabalha com dados verbais que são coletados em entrevistas semi-estruturadas. O autor classifica-as em: entrevista focal; entrevista semipadronizada; entrevista centralizada no problema; entrevista com especialistas e entrevista etnográfica. Estes dados verbais são transformados em textos através da sua documentação e transcrição.

Utilizei a entrevista semi-estruturada tendo como foco as seguintes perguntas norteadoras para o estudo, quais sejam:

- ✧ Quais os níveis de práxis educativa reconhecidos pelas enfermeiras durante os cuidados no contexto hospitalar?
- ✧ Como se evidenciam nas ações educativas das enfermeiras os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão, conscientização e transformação no cuidado hospitalar?
- ✧ Quais as razões que dificultam que as enfermeiras realizem ações educativas no cuidado hospitalar?

A entrevista foi marcada em lugar escolhido pelas próprias enfermeiras participantes, sendo a sala da Chefia de Enfermagem e no seu próprio local de trabalho. As entrevistas iniciavam-se com minha apresentação pessoal às entrevistadas, uma breve apresentação do projeto, entremeada por uma conversa descontraída, visto que não conhecia várias das entrevistadas. Além disso, foi apresentado o ofício de autorização para a condução da pesquisa, firmado pela Diretoria de Enfermagem da Instituição e o formulário de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando-lhes que fizessem a leitura prévia e, nos casos de concordância, o assinaram após o devido preenchimento (nome completo, registro de

identidade pessoal, registro de identidade profissional, telefone residencial e comercial). Todas as enfermeiras concordaram em participar e autorizaram o uso do gravador. O tempo de duração de cada entrevista oscilou entre cinquenta (50) minutos até uma (1) hora e dez (10) minutos. Solicite, também, que cada entrevistada escolhesse para codinome o nome de uma Teorista de Enfermagem, segundo uma lista apresentada, onde três delas identificaram-se muito com Wanda Horta, sendo que só poderia ser a mesma escolhida uma vez só.

No roteiro da entrevista semi-estruturada (Apêndice 3), havia uma parte inicial composta pelos itens I e II, onde se coletaram dados sobre a identidade pessoal e trajetória profissional das entrevistadas tais como; naturalidade, idade, ano de graduação, instituição formadora, estudo atual, horário de trabalho na unidade, tempo que trabalha na instituição, o que facultou um enriquecimento na análise dos dados para pesquisas posteriores. Na seqüência, os itens III e IV, sobre duas questões centrais que norteiam a condução da entrevista: o cuidado da enfermeira na unidade de hospitalização e as ações educativas desenvolvidas no cuidado da enfermeira no âmbito hospitalar, a fim de atender e dar resposta ao método escolhido.

Após elaborar o instrumento de coleta de dados – um formulário de entrevista semi-estruturada – a pesquisadora procedeu a uma ‘prova piloto’ (teste). O objetivo foi verificar sua pertinência, adequação e compreensão, sem que as respostas se integrassem aos dados definitivamente coletados. A análise da mesma apontou para a necessidade de melhor organizar o formulário, bem como alertou a pesquisadora para aguardar pacientemente a resposta da entrevistada, não interromper o seu pensamento, fazer perguntas curtas e bem objetivas.

As explanações feitas pelas entrevistadas foram gravadas, transcritas, depois lidas e analisadas pela pesquisadora. Após a transcrição das gravações e a digitação, marquei um novo encontro com cada participante, quando elas tiveram a oportunidade de ler sua entrevista, corrigir, clarear e excluir algum aspecto ou dado informado anteriormente que tivesse ficado obscuro ou duvidoso.

O numero de sujeitos foi considerado suficiente pela saturação dos dados que houve, isto é, as informações das participantes repetiam-se novamente.

4.4 Análise e Interpretação dos dados

Os dados obtidos através das entrevistas foram decompostos a partir da análise de discurso, conforme proposto por Bardin (2004). O autor afirma que de uma forma genérica podem-se pontuar dois objetivos para tal técnica: a primeira, é a ultrapassagem da incerteza e, a segunda, é o enriquecimento da leitura. O termo análise de conteúdo se refere a um agrupamento de técnicas de análise das comunicações que têm por objetivo obter, por meio de ações organizadas e objetivas de delimitação das mensagens, indicadores que admitam a indução de conhecimentos relativos às condições de elaboração e recebimento das mensagens (BARDIN, 2004).

Considerando-se os aspectos mencionados anteriormente como a riqueza, a quantidade e a complexidade dos dados produzidos neste estudo e a necessidade de sistematização do processo, optei pela análise de dados segundo Bardin. Tal escolha justifica-se porque é uma análise dos significados e compreende procedimentos sistemáticos e objetivos, o que contribui com o escopo do estudo e com as características dos dados coletados. Utilizando essa técnica, pretendi identificar os conteúdos das mensagens referentes às questões centrais sobre o cuidado da enfermeira na unidade de hospitalização e as ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras durante o cuidado cotidiano no âmbito hospitalar.

Bardin (2004) menciona vários aspectos importantes na organização da análise, destacando três questões: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação.

Outros investigadores como Ramos e Moraes (2000, p. 6), trabalharam com a:

[...] análise de conteúdo como um processo pelo qual se pode compreender a realidade, através da interpretação de textos ou discursos que tenham vínculo com esta mesma realidade. Portanto, a análise de conteúdo é uma possibilidade científica de extrairmos o conteúdo, tanto explícito como latente, de textos, geralmente escritos.

Para esses autores, ela é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de documentos. A leitura é base da análise de conteúdo e deve ser realizada de maneira sistemática, objetiva e válida, total e completa. Para ser científico, é preciso chegar ao conteúdo latente do texto, não bastando captar o seu sentido manifesto.

Nesta mesma perspectiva Moraes (1994, p. 104) define que;

A análise de conteúdo constitui-se de um conjunto de técnicas e instrumentos empregados na fase de análise e interpretação de dados de uma pesquisa, aplicando-se de modo especial, ao exame de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes, com a finalidade de uma leitura crítica e aprofundada, levando à descrição e interpretação destes materiais, assim como inferências sobre suas condições de produção e recepção.

A partir da coleta de dados procedeu-se ao processo de análise, examinando-se linha a linha através de uma leitura exaustiva, recortando as unidades de análise, isto é, o processo de análise inicial, em que as falas foram minuciosamente detalhadas, após a transcrição e digitação das gravações das entrevistas feitas com as participantes do estudo.

Posteriormente, foram agrupados os códigos surgidos, em ramificações por similaridades e diferenças. Logo, foram separados os códigos, componentes, e feitos os agrupamentos das subcategorias e categorias. Ditas categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico. Esse conceito é usado por Bardin de forma instrumental dentro da técnica de análise de conteúdo.

A investigadora, neste momento, codificou os incidentes em tantas categorias quanto possíveis. Todos os dados foram passíveis de codificação: os dados foram codificados, comparados com outros dados e designados em categorias. Cabe salientar que para melhor compreensão, visualização e sistematização dos dados, foram elaborados diagramas, que facilitam as conexões que são estabelecidas entre as categorias. Elas são representações gráficas ou mensagens visuais, das relações entre os conceitos, que facilitam e põem em evidencia os escritos. Ditos diagramas ajudaram a aprofundar a capacidade analítica do material existente e orientar a reflexão da pesquisadora (Apêndice 4).

4.5 A Ética na pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e registrado através do Protocolo N°

210/2006. Foi considerada para o desenvolvimento da pesquisa a Resolução nº 196/96, de outubro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, cujas normas e diretrizes regulam as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil, de maneira direta ou indireta, individual ou no coletivo, sejam elas realizadas por qualquer categoria profissional, nas Áreas Biológicas, Educacionais, Psíquicas, Culturais ou Sociais, inclusive com índices de informações e materiais.

O projeto foi submetido à apreciação das instâncias competentes da instituição, com o objetivo de obter o consentimento para o desenvolvimento do presente estudo (Apêndice 5). Posteriormente, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Protocolo nº 210/06) (Anexo 1).

Foi também elaborado um ofício de esclarecimento às enfermeiras assistenciais das clínicas anteriormente citadas, para obter a autorização e informar sobre a participação delas na pesquisa. O primeiro contato com as enfermeiras foi realizado pessoalmente. Nesse contato fazia-se o convite para participar da pesquisa, e, havendo interesse da enfermeira, agendava-se o encontro. Foram apresentadas as participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atendimento à Resolução mencionada, para conhecimento e assinatura. O Termo foi apresentado a cada enfermeira convidada para que lesse, e foram indagadas sobre o real interesse e disponibilidade em participar do estudo.

Foram consideradas a confidencialidade e a proteção das respostas, ou seja, adotou-se um processo de codificação dos sujeitos de modo a garantir que eles, por suas contribuições, não sejam identificados. A proteção dos sujeitos visa, também, evitar que a participação em pesquisas e suas contribuições sejam desencadeadoras de preconceitos e prejuízos para as pessoas que se dispôs a fazer parte da pesquisa.

CAPITULO V

A CONSCIÊNCIA DA PRÁTICA EDUCATIVA NO CUIDADO DAS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

5.1 A DIMENSÃO DO CUIDADO DA ENFERMEIRA

As enfermeiras foram questionadas sobre concepções teórico-práticas acerca do fenômeno do cuidado desenvolvidas na prática hospitalar. A partir das respostas obteve-se um volume de dados, agrupados nas subcategorias a seguir: O que é cuidado. Importância e finalidade do cuidado. Características do cuidado. Fundamentação teórica do cuidado. Enfermeira: Cuidado de si/Não cuidado de si.

5.1.1 O que é Cuidado segundo as Enfermeiras?

O cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem. Além de ser fundamento é também finalidade, objetivo e prática. É a Enfermeira a profissional que tem no cuidado a especificidade de sua ação profissional. Esse cuidado é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado que envolve também o autocuidado, a auto-estima, a autovalorização e a cidadania da própria pessoa que cuida.

O cuidado é característica única e essencial do exercício profissional da Enfermeira. É uma ação que se concretiza a partir das relações estabelecidas entre os seres vivos, isto é, todos cuidam e são cuidados, cuidamos quando estabelecemos relações de respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos dos seres humanos e na busca de soluções para um determinado problema que o outro não está em condições de resolver só (PRADO; SOUZA, 2002).

Em geral, quando se fala de cuidado, este se associa à idéia de execução de algum procedimento em enfermagem, porque tem sido por longa data, usado

prioritariamente em referência à execução de técnicas, intervenções e procedimentos nos pacientes.

Na subcategoria relativa à definição e conceitualização acerca do cuidado da enfermeira na internação, as enfermeiras responderam conforme as falas:

O enfermeiro realiza o cuidado integral através de todos esses cuidados tais como, os curativos, controle de diurese, verificar sinais vitais e ele tem a manhã inteira para atender esse paciente e tudo que tiver para fazer com os pacientes naquela manhã (CALIXTA).

O cuidado direto que ofereço ao paciente na Clínica é um cuidado integral, ouvindo o paciente e a família. Cuidando a partir do meu diagnóstico e daquilo que o paciente julga necessário para si (JEAN).

Evidenciou-se também que as enfermeiras reconhecem a dimensão educativa articulada ao cuidado, como surge nas falas:

O cuidado da enfermeira é um contato dialógico com o paciente, é a troca de saberes, é o processo educativo paciente-enfermeira, é ajudar o paciente a recuperar o seu estado de saúde (WANDA).

O paciente participa desse cuidado partindo do princípio de que ele conhece alguma coisa, o que ele conhece sobre o estado de saúde, sobre o estado de estar internado e a partir daí é que a gente começa a incluí-lo dentro do cuidado dele mesmo (DOROTHEA).

Na coleta de gasometria explico para o paciente porque precisa do exame, como vai ser o exame, como é a coleta, a diferença do sangue venoso que o laboratório vem colher, a dor que pode sentir. A coleta de gasometria é um procedimento e tento fazer com que ele saiba o que está acontecendo para que ele sinta segurança no que estou fazendo para ele. Explicando e brincando com ele, peço para ele respirar fundo, olhar para o outro lado, pensar na namorada, pensar na esposa, no esposo, para que não seja uma coisa maçante (ROSEMARY).

Essa subcategoria evidenciou a preocupação da enfermeira com os procedimentos, ou seja, em ajudar o cliente/cidadão na execução daquelas atividades que contribuam para a manutenção da saúde e sua recuperação. No entanto, a definição do cuidado de Enfermagem para Leopardi (1997), vai para além de sua caracterização técnica, na qual o cuidado do ser humano esta embasado no conhecimento e no calor humano. A enfermeira assume a dimensão da totalidade do

ser humano a qual não se pode traduzir numa atuação integral, mas sim para uma compreensão mais horizontal, flexível e dinâmica do que apenas o cidadão que procura o cuidado para recuperar ou manter sua saúde.

Um outro aspecto importante no discurso é a concepção de que a dimensão educativa está interligada ao cuidado, em meio às atividades rotineiras de procedimentos terapêuticos e de cuidados aos pacientes na unidade de internação. A enfermeira ao prestar cuidados ao paciente hospitalizado valoriza e estimula a independência e autonomia do cliente/cidadão, porque só quando ela promove a liberdade do outro o está educando.

Nessa perspectiva, cabe à enfermeira-educadora saber valorizar o conhecimento do educando-cliente, pois como relata Freire (1997, p.35) [...] “não somos um grupo superior, ensinando a um grupo ou a uma pessoa ignorante. Somos porta-vozes de um saber relativo para outros que possuem outro saber relativo”. Concordo com Freire, salientando que existe uma busca constante do homem pelo conhecimento, pois ele é um ser inacabado e nunca saberá tudo, a cada dia estamos aprendendo algo novo, através da troca de saber popular e saber científico, porém, o mundo do trabalho é um constante vir a ser, aprendendo no fazer diário.

5.1.2 Importância e Finalidade do Cuidado

O cuidado pode ser visualizado sob lentes diferentes, conforme as necessidades, interesses e experiências de cada enfermeira(o). Assim também, o cuidado é permeado de contradições, até porque nem todos os profissionais desejam ou aspiram às mesmas coisas.

Concordo com Carraro (2005) quando diz que se esperava que os avanços tecnológicos auxiliassem no trabalho do enfermeiro para ter melhores condições para ser e estar junto ao ser humano que é por ele cuidado. Portanto, percebe-se o afastamento cada vez maior entre enfermeiro e ser humano/cliente-cidadão cuidado, seja através de relatos e depoimentos nos ambientes acadêmicos, seja no dia-a-dia da prática assistencial.

Entretanto, considero que evidenciar os modos, modelos, maneiras, metodologias, métodos de cuidar em enfermagem, suas múltiplas facetas, seus registros e as divulgações se torna o elemento extremamente fundamental para a sua problematização e a busca de novos caminhos, enfoques, abordagens e paradigmas na prática com as pessoas cuidadas (cliente/cidadão). Um dos grandes desafios da enfermeira, hoje, se constitui em aliar a sua prática com a das pessoas cuidadas, buscando alternativas de cuidado mais coerentes com as suas necessidades, isto é, a capacidade da enfermeira(o) de conviver com o outro, que é diferente, e reconhecê-lo como sujeito de direitos iguais, na busca da cidadania.

A importância do cuidado consolida-se na maneira e modo de cuidar, isto porque oportuniza a(o) enfermeira(o) desempenhar o cuidado profissional de tal forma que vá ao encontro das necessidades e carências do cliente/cidadão. Conseqüentemente, para compreender a prática da enfermagem torna-se necessário olhar o cuidado por um método ou modelo inovador e criativo.

As enfermeiras manifestaram-se sobre a importância que atribuíam aos seus cuidados cotidianos no contexto hospitalar, como podemos observar nos relatos:

O cuidado é muito importante. O cuidado é essencial no trabalho. O cuidado à pessoa internada ou com problema de saúde, sim, tem que estar envolvido no trabalho da enfermeira. O cuidado da enfermeira está envolvido, acho que tem toda a importância do mundo (WANDA).

O cuidado tem muita importância, sim, o cuidado é muito importante, eu acho que é uma parte fundamental. Porque, se tu prestas o cuidado, tu consegues avaliar como é que está o paciente, como é que está a pessoa que está cuidando dele, se há evolução do problema dele. Tu consegues captar as outras partes que também estão afetadas e que vais precisar, tu consegues perceber o que está acontecendo e mudar não só o cuidado direto, mas tudo que o envolve (CALIXTA).

Eu acredito que é muito importante minha atuação. Não especificamente eu enfermeira, mas de todas as enfermeiras da unidade, mas de como de todos os funcionários. É de suma importância sim, o saber cuidar para poder ter a recuperação do paciente e dando assistência adequada ao paciente (MADELEINE).

Dentro de uma escala, o enfermeiro é aquele que tem uma visão mais ampliada, um pouco mais aberta; ele consegue visualizar um pouco mais além em relação à equipe de enfermagem. De maneira geral, isso acaba promovendo o cuidado mais amplo, abrangente (DOROTHEA).

Então, o cuidado do enfermeiro é fundamental, porque os médicos passam e vão embora, as nutricionistas também, mas a enfermagem está 24 horas aqui dentro. E além de estar 24 horas, em todos os plantões há continuidade no trabalho, então, eu acho que é fundamental o trabalho do enfermeiro. O enfermeiro é que dá continuidade, à evolução, ao tratamento, porque ele vai organizar esse trabalho, o técnico vai seguir a programação estabelecida (CALIXTA).

As enfermeiras evidenciaram como essencial e fundamental os cuidados por elas desenvolvidos junto aos clientes/cidadãos que buscam assistência para recuperar ou manter sua saúde como uma condição terapêutica. Por conseguinte, o cuidado é um processo e como tal é vivenciado a cada momento de maneiras singulares, e que cada encontro é uma oportunidade de crescimento. Outro aspecto importante nessa compreensão das profissionais da Enfermagem é o de que a enfermagem envolve o atendimento de pessoas que vivem e crescem através do cuidado. A enfermeira entra no mundo daqueles a quem cuida com a intenção de atendê-los no processo de vivenciar o cuidado.

As enfermeiras também demonstraram a finalidade do cuidado na satisfação de necessidades psicossociais e psicoespirituais como podemos observar:

Durante o banho no leito o paciente dialoga e tira suas dúvidas, fica a vontade para interagir estabelecendo uma relação dialógica e pautada no respeito (WANDA).

O paciente participa na coleta de gasometria fazendo bastante pergunta quando eu explico o procedimento – ele dialoga. Ele vai participar melhor na hora que eu for coletar se eu explicar que quando ele vai puxar o braço vai doer mais, se mexer, às vezes fecha a mão achando que vou coletar venoso. Às vezes até ele fica conversando comigo sobre outras coisas, enquanto vou coletando, isso faz que sinta menos dor, porque não fica pensando naquilo que estou fazendo (ROSEMARY)

... Primeiro eu acho muito importante, tu veres o paciente como pessoa e não como doença. Por que muitos profissionais olham o fígado doente de um paciente e não o paciente que tem o fígado doente. Às vezes o paciente está aqui para tratar uma dor, mas o que o está preocupando é a família que ficou em casa, o trabalho que está parado, a falta de dinheiro em casa. O que eu digo que a gente como enfermeira acaba trabalhando um pouco com psicologia, assistência social, com tudo. Então, tento não direcionar a minha pergunta e conversar com o paciente, só para o lado da doença, não só o lado físico, às vezes ele vai se sentir melhor se ele souber que a gente está dando um apoio para a família, se a família pode vir...(JEAN).

...e a questão espiritual é muito importante, porque às vezes eles acham que se trouxerem alguém aqui para fazer uma oração junto com ele vai se sentir melhor, mas ele acha que não pode. Então, tudo isso a gente tenta buscar

junto com ele para ajudar a melhorar rápido. Por que não só a doença em si, às vezes para a doença melhorar, precisa de outras partes. Eu tento buscar isso aí, fazer os encaminhamentos que eu posso ajudar encaminhar para que ele se sinta melhor...(ROSEMARY).

[...] quando oportunizo que o paciente diga qual a sua necessidade de cuidado, de que modo ou maneira ele gostaria de receber ou fazer seu autocuidado. Ele participa trocando idéias acerca do conhecimento popular e científico, dos vários modos de cuidar e autocuidar. [...] já recebendo informações acerca do processo saúde-doença, do tratamento, dos cuidados. Participando do cuidado, fornecendo informações acerca do paciente e da dinâmica familiar... Estando presente o ser humano é capaz de tomar suas próprias decisões quando devidamente esclarecido. O acesso à informação é fundamental para o exercício da cidadania (JEAN).

Já começa o cuidado na visita quando a gente tem um olhar direto em termos de olhar mesmo, de visualizar como é que está o paciente de maneira geral procuro escutá-lo e estar tentando direcionar e encaminhar o cuidado através do contato com o paciente pelo ambiente estranho, faço que se sinta bem, me apresento, me coloco a disposição, quando ele tiver alguma dúvida para amenizar o sofrimento, em fim, a angustia e as inquietações... Por exemplo, a colostomia é um procedimento que, embora o paciente tenha sido preparado no pré-operatório, não é aceito de maneira prazerosa, porque acaba trazendo choque, impacto. A questão pelo próprio pudor e pelos valores que a sociedade impõe sendo a colostomia evidente nas pessoas. É difícil que o paciente possa se cuidar depois da colostomia (DOROTHEA).

O primeiro contato realmente é explicando, falando e aos poucos vai vendo se ele entendeu, qual é a dúvida. Sim, ficou bem claro o que foi falado, o paciente se sente mais seguro e confiante no que vai ser feito, a recuperação é bem mais tranqüila. É realmente no contato físico. Cuidar, escutar o que tem a falar, às vezes uma angustia que se pode resolver numa simples resposta é assim que faço o contato direto com o paciente, é isso de fazer com que ele se sinta bem no ambiente hospitalar onde ele está, e assim para que ele tenha mais confiança na equipe (MADELEINE).

Administração de Sonda Nasogástrica nós conversamos com o paciente. Tínhamos um paciente com câncer de esôfago lúcido, orientado, deambulando, não conseguia engolir a comida porque havia uma obstrução e tinha que ser passada uma sonda fina para ele poder receber a alimentação. Os pacientes lúcidos não querem aceitar o procedimento são mais resistentes e a enfermeira tem de conversar muito com eles. O importante é conversar a gente orienta bastante, mas não só quando o paciente é lúcido... Às vezes o paciente está meio torporoso e as enfermeiras acham que não está escutando, não está entendendo, muitas vezes o paciente está e é importante comunicar o que se vai fazer (CALIXTA).

As enfermeiras demonstraram a finalidade do cuidado dentro da satisfação da necessidade psicossocial com inclusão do familiar/acompanhante como podemos observar nos dizeres:

No cuidado o familiar também está incluído e participa desse cuidado opinando em relação às maneiras de como quer ser cuidado (WANDA).

A família tem participação efetiva no cuidado. Traz segurança ao paciente. Quando digo segurança é assim, de cuidado efetivo, não de cuidado especificamente técnico, embora alguns acabem colaborando quando eles querem colaborar, porque em nenhum momento digo ao familiar olha você fica aqui no hospital para fazer isto ou aquilo, algumas pessoas às vezes têm esse pensamento, conotação... A experiência também mostra que pacientes com família, principalmente no ato cirúrgico, têm uma recuperação mais rápida e efetiva que aqueles que não têm o familiar ou ficam abandonados. A família participa efetivamente desse cuidado, a enfermeira conversa e visualiza se aquele acompanhante ou familiar é o ideal para o paciente porque existe uma afinidade de paciente-familiar (DOROTHEA).

A família participa no cuidado do paciente na unidade, eles têm bastante acompanhantes, todos os horários têm familiares. Então a gente já está orientando o paciente, já está orientando o familiar nesse cuidado. A participação da família, no começo, é com mais perguntas. Depois das respostas, ela já está auxiliando para o paciente sentir-se mais seguro. É uma forma assim, tem o profissional e o familiar juntos, o paciente se sente bem mais tranqüilo, na movimentação, na caminhada, na recuperação. O familiar participa fazendo deambulação com ele, fazendo algum tipo de atividade... (MADELEINE).

[...] tem família que não participa. Tem família que sai do quarto para não ver porque tu vais mexer com sangue e eles não gostam, mas já aconteceu de uma família querer sentir o pulso antes de eu coletar, para saber realmente onde que eu ia espetar, para entender como é que era e ela acabou me fazendo até mais perguntas para entender o exame que eu estava fazendo. Então existem casos em que os familiares realmente participam bastante

...Porque às vezes ele está aqui para tratar uma dor, mas o que mais o está preocupando é a família que ficou em casa, o trabalho que está parado. Se ele não trabalhar não vai comer, não vai ter dinheiro para por em casa, então, eu digo que a gente como enfermeira acaba trabalhando um pouco com psicologia, assistência social, com tudo. Então eu tento.... (ROSEMARY).

A família participa do cuidado, totalmente, desde que a mesma aceite. [...] sempre pensávamos em trazer a família para dentro do hospital porque antigamente era bem restrito o horário da visita. Muitas vezes os familiares traziam o paciente e deixavam o idoso na emergência, sumiam e não tínhamos mais contato com eles. No momento que a família participa ela está vendo a evolução do quadro do paciente, para melhor ou para pior. O familiar ou cuidador precisa aprender como colocar uma fralda, dar um banho, uma alimentação. A intenção de o familiar aprender foi para ele

perder aquele medo do paciente acamado. Hoje em dia, a maioria dos pacientes internados tem acompanhante (CALIXTA).

A enfermeira ao desenvolver os cuidados significa que esta deveria envolver-se não apenas de aspectos objetivos próprios de um modelo. Porque o cuidado inclui também o reconhecimento de uma interligação entre a profissional enfermeira e o cliente/cidadão através do diálogo, uma interação pautada no respeito, na participação, na troca de idéias acerca do conhecimento popular e científico, sob os modos de cuidar e se autocuidar, a escuta, e se comunicando com eles. Como destaca Boykin (1998) o cuidado é um processo vivenciado a cada momento, de modo particular onde cada encontro é uma oportunidade e possibilidade de crescimento e troca na prestação de cuidado.

Caldas (2001) afirma que a enfermeira tem no cuidado a especificidade de sua ação profissional. Concordo com a autora porque esse cuidar deve ir para além de prestar cuidados no atendimento às necessidades básicas do cliente/cidadão no momento que se encontra fragilizado ou doente, ou seja, também ter uma preocupação com a auto-estima, a auto-valorização, o auto-cuidado e a cidadania do ser humano.

Essa subcategoria mostrou com destaque a satisfação das necessidades de comunicação, segurança emocional, gregária, recreação, aceitação, participação, atenção, aprendizagem, amor, auto-confiança, auto-respeito, auto-imagem, orientação no tempo, espaço e liberdade, bem como, a espiritualidade que por sua vez Benedet; Bub (2001) classificam-nas como as necessidades psicossociais e psicoespirituais adaptadas na teoria de Horta.

As necessidades de nível psicossocial são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, não obstante, a(o) enfermeira(o) tem importante papel ao satisfazer a necessidade do cliente/cidadão e sua capacidade para satisfazê-las depende de compreender e ser compreendido. Para Horta (1979) a necessidade psicoespiritual pode ser religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida. A autora enfatiza que as necessidades são inter-relacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando qualquer uma se manifesta, todas elas sofrem algum grau de alteração.

Por conseguinte, acredito que todo ser humano é capaz de estabelecer mudanças significativas em sua vida. Estas trocas emergem nas interações e relações que estabelecem com o outro, onde o diálogo é a mais importante experiência existencial, que possibilita a comunicação e permite ultrapassar imediatamente o vivido, para a educação do paciente/cliente. O diálogo não é apenas um método, mas uma estratégia para respeitar o saber que o cliente/cidadão já traz de sua vida.

5.1.3 As Características da Enfermeira no Cuidado

O cuidado na enfermagem compreende todos os comportamentos, as atitudes demonstradas nas ações e nas atividades que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer do indivíduo.

Waldow (2006) destaca que por competência entendem-se as qualidades necessárias ao desenvolvimento das atividades de enfermagem e se traduzem por conhecimentos, habilidades e destreza manual, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e capacidade de tomada de decisão. Carraro (2003) acredita que é próprio do ser humano apresentar oscilações entre bom humor e mau humor; disposição e indisposição; docilidade e agressividade, crença e descrença. Nesta mesma perspectiva, Herrera e Afanador (1998) caracterizam o ser cuidador como um ser que: é ativo e transcendente, é total em todos os momentos, pertence a um contexto com o qual interage, tem uma história própria, é cuidador de si mesmo e vive e cresce no cuidado.

Na subcategoria sobre o conhecimento da enfermeira que oferece cuidado na unidade de internação, o mesmo surge nas seguintes falas:

Ter ciência, criatividade, raciocínio, habilidade técnica, saber comunicar-se de forma clara e objetiva. Acho que é muito importante tudo isso né? (WANDA).

Eu acho que desde tu teres conhecimento teórico-prático, tuas fundamentações da parte do teu estudo, acho que tem que ser uma coisa contínua. Como eu te disse, atualmente eu não estou direcionada no estudo,

mas quer ou não a gente estuda sempre, porque tu estás nos cursos de atualização. Eu acho que desde isso até os pequenos valores de tu trabalhares em equipe, dividir porque tu és a enfermeira assistencial e coordenas uma equipe, mas não é aquela coisa eu mando e tu tens que fazer, só... (ROSEMARY).

Eu faço o cuidado direto ao paciente. Primeiramente, é seguir a técnica correta que é o principal (CALIXTA)

O significado da ética, do respeito e da humanização como atitude e comportamento/valores das enfermeiras que oferecem cuidado no âmbito hospitalar, surgem nas seguintes falas:

Não que seja numa escala de graduação, mas, entre tantos acho a questão ética e a questão da humanização sobre os seus cuidados. A ética engloba o todo, é a que direciona, ela é uma diretriz, ela direciona ao ser humano, a ser uma pessoa humana, a ser uma pessoa comprometida, a ser uma pessoa responsável, por que a enfermeira age de maneira ética. De certa forma ela acaba tendo esse direcionamento (DOROTHEA).

A enfermeira deve ser responsável, tem que estar baseada na ética profissional, por isso deve ter senso de responsabilidade. Ter compromisso profissional. Se ela faltar na unidade e pegar um atestado vai fazer falta para o cuidado do paciente, para o atendimento dele. Mas se você tiver esses itens principais, que é: a postura, a ética profissional, a responsabilidade, o compromisso profissional, a ética, você está pronta como enfermeira, eu acho, só falta a prática, que você consegue desenvolver com o passar do tempo (CALIXTA).

A humanização é respeitar ao outro, perceber o que o outro sente, tentar colocar-se no lugar do outro, principalmente tentar solucionar os problemas do outro (JEAN).

A prioridade é o respeito à individualidade. Saber que cada paciente é um ser individual. A enfermeira tem que ter respeito, saber qual a necessidade dele naquele momento e que pode atuar em cima dessa necessidade. A enfermeira tem que mostrar que aquela ação que vai fazer trará um benefício. Tem que saber o que pode oferecer ao paciente, qual sua conduta. Ela tem que saber como pode transmitir ter certeza do que vai fazer e ter respeito com o ser humano (MADELEINE).

Os comportamentos e as atitudes são entendidos como cuidados e são compostos por uma imensa lista, onde se destacam: o respeito, a gentileza, a amabilidade, a cordialidade, a consideração, a preocupação, a compaixão, a disponibilidade, a responsabilidade, o compromisso, o interesse, a segurança e o

oferecimento de apoio, a confiança, o conforto e a solidariedade, o conhecimento e a habilidade instrumental, a competência, a ética e o compromisso, a arte e a atenção para com o outro.

Herrera e Afanador (1998) apresentam cinco características da enfermeira no cuidado: o conhecimento, o compromisso, a ética, a arte (intuição e ganho de experiência no cuidado) e por último, a auto-aceitação.

As enfermeiras ao reunirem essas características têm muitos ganhos pessoais e profissionais os quais devem reconhecer-se explicitamente e ser comunicadas como parte da formação de novas enfermeiras. Assim também, destacam as mesmas autoras que os grandes ganhos da enfermeira com os cuidados são: prestar um serviço único, crescer como ser que desenvolve o cuidado, fortalecer nossa identidade, crescer em nossa sensibilidade, incrementar a nossa autonomia, gerar um corpo próprio de conhecimento, *feedback* ou retroalimentação da profissão, crescer nossa percepção do mundo, e participar no encontro ecológico com a humanidade.

Todas as pessoas têm a capacidade de interagir numa relação de cuidado. As enfermeiras cuidam quando são capazes de interagir com seres humanos em resposta a um chamado de cuidado que existe frente a uma situação de enfermagem.

Para Watson (1988), os fatores de cuidado (*carative factors*) representam a estrutura para o estudo e compreensão da enfermagem como uma ciência de cuidar, os quais constituem uma combinação de intervenções, onde os apresenta como: a formação de um sistema de valores humanísticos-altruísticos; instilação de fé e esperança; cultivo de sensibilidade para o nosso eu e o dos outros e, o desenvolvimento de um relacionamento de ajuda-confiança.

5.1.4 Fundamentação Teórica do Cuidado

As enfermeiras, ao serem questionadas sobre como fundamentavam o cuidado que desenvolviam na unidade e como era esse cuidado que elas prestavam ao cliente durante a hospitalização, responderam que seus cuidados estavam embasados em diferentes referenciais, como podemos observar nas falas:

Então, como marco teórico na verdade a gente usa a Wanda Horta no HU. Eu me formei na Universidade Federal de Santa Catarina. Ai é também Wanda Horta, já desde a escola, embora também tenha sido me apresentado Marta Rogers, Dorothea Orem. A Wanda Horta trabalha em cima das necessidades humanas básicas, na dimensão física, psicológico-emocional e espiritual (DOROTHEA).

Mais na prática. Na teoria eu não consigo ver. Para me direcionar tenho a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, isso daí está estabelecido, tem toda a metodologia feita em cima da Wanda, aí a gente vai trabalhando em cima da teoria; aí, o cuidado é que está eminente. No meu tempo era a Wanda Horta (MADELEINE).

Então, isso foi um ponto fundamental que influenciou muito. O caso era a Wanda Horta que a gente tinha como orientação na Universidade. Na época que eu fiz era só a Wanda, hoje já tem outras linhas. Na época era só Wanda Horta e a professora fez a gente se aprofundar na Wanda Horta para saber o que estava falando, então a gente engoliu aquilo e captou bem a Wanda. Quando eu vim a trabalhar aqui, tinha a Wanda Horta como fundamentação teórica na parte toda de análise do paciente, de planejamento, escrituração no prontuário, evolução do paciente. Então, eu tenho muito forte essa fundamentação da Wanda. Leio sobre outras teóricas até, não é aquela coisa fechada; só gosto da Wanda é o que me interessou (ROSEMARY).

A fundamentação de todo o cuidado é embasada na Teoria da Wanda Horta desde que o hospital universitário existiu. A Teoria da Wanda Horta é usada em toda enfermagem, é o que norteia até o momento, não sei se futuramente vai mudar. Quando a enfermeira faz o histórico do paciente e a evolução, baseia-se na Wanda Horta porque faço todo o cuidado dentro dessa teoria e faz a técnica adequada (CALIXTA).

A enfermagem do hospital universitário se orienta pelas necessidades humanas básicas de Wanda Horta...(JEAN).

A necessidade de sistematizar as ações no exercício profissional e a prática de enfermagem, sempre foi uma grande preocupação das(os) enfermeiras(os), com o intuito de melhorar e brindar um atendimento de qualidade na assistência por meio do cuidado. Carraro (2005) manifesta que a utilização de métodos, modelos e modos de cuidar em enfermagem de maneira diferenciada oportuniza ao enfermeiro o desempenho do cuidado profissional de tal forma que este vá ao encontro das necessidades e carências do ser humano sobre seus cuidados.

Sabemos que os modelos e teorias de enfermagem são usados para coletar, organizar e classificar dados; analisar e interpretar as situações de saúde dos clientes-

cidadãos que conduziram à elaboração dos diagnósticos de enfermagem; planejar, implementar e avaliar a assistência de enfermagem, bem como, alcançar resultados desejados para os clientes (BENEDET; BUB, 2001).

Horta (1979) entendia ser o processo de enfermagem a dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem visando à assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade. A autora utilizava a expressão ‘processo de enfermagem’ e o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. As etapas do processo de enfermagem caracterizam-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

O uso de uma linguagem padronizada e a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta como modelo teórico, serve para embasar o processo de enfermagem, cujo objetivo principal é guiar as ações de enfermagem com o propósito de auxiliar o cliente a satisfazer suas necessidades individuais.

A familiarização das(os) enfermeiras(os) e dos alunos com este modelo teórico de Horta é uma das inúmeras razões para este acontecimento, com o qual de certa forma, já se esperaria a diminuição das dificuldades, partindo-se do pressuposto de que o conhecimento prévio do modelo facilitaria a internalização e operacionalização dos seus conceitos.

Este modelo é predominante nos ambientes hospitalares e tem como conceito principal a doença como um processo. Quando a enfermeira ou o enfermeiro age orientada(o) unicamente por este tipo de referencial, a principal consequência é que os clientes/cidadãos são reduzidos a um conjunto de sinais e sintomas. É preciso resgatar a assistência no cuidado de enfermagem centrada na compreensão da situação de saúde da pessoa, não como um corpo biológico, mas como um todo, um ser ontológico e singular com certos sentimentos, emoções, metas, desejos e aspirações.

Thofehrn e Leopardi (2002) referem que para compreender as teorias de enfermagem no cotidiano profissional, é necessário lembrar que não se pode dizer que haja um trabalho profissional sem um corpo de conhecimentos que o sustente, não há somente uma ação prática sobre um dado objeto/assunto, pois que a enfermagem não é uma atividade sem propósito. Pelo contrário, ela tem uma finalidade terapêutica que só pode ser pensada em relação a uma complexa rede de elementos, tais como a entidade

patológica em si, a terapêutica apropriada, a expressão subjetiva da enfermidade ou sofrimento, o significado da situação para os que interagem no processo, a ética indicativa das ações moralmente aceitas, a estética produtora de ordem e beleza, enfim elementos componentes da própria vida, na sua melhor expressão possível.

O estudo das etapas do modelo de Processo de Enfermagem atesta a preocupação das enfermeiras a utilização de uma abordagem mais individualizada, centrando assim seu trabalho nas necessidades do cliente/cidadão. Isto porque o processo conduz à tomada de decisões clínicas, ao diagnóstico e a terapêutica.

Horta (1979, p.35) utilizava a expressão ‘processo de enfermagem’ e o definia como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Dito processo se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”. A autora apresenta oito etapas no Processo de Enfermagem: histórico de enfermagem; análise dos dados; diagnóstico de enfermagem; avaliação; plano terapêutico de enfermagem (plano de cuidados); implementação do plano de avaliação; evolução de enfermagem e o prognóstico de enfermagem.

Nesse estudo, as Enfermeiras referiram algumas etapas do Processo de Enfermagem conforme os relatos apontam:

Quando a gente faz o histórico do paciente e a evolução é baseada em Wanda Horta, porque faço todo o cuidado dentro dessa teoria e faço a técnica adequada porque é a enfermeira que fica as 24 horas... A enfermeira é que dá continuidade à evolução, ao tratamento, porque ela vai organizar esse trabalho, o técnico vai seguir a programação estabelecida (CALIXTA).

...tenho em mente, de certa forma, tudo aquilo que vou fazer durante a manhã. Claro que a gente faz primeiro a passagem do plantão, a passagem da visita. É um planejamento dos passos que a enfermeira deve seguir embora isso não esteja escrito no papel, assim como a metodologia e o caminho a seguir. A gente procura estar observando no dia-a-dia, para avaliar e estar mediando a presença do familiar e sua relação com o paciente (DOROTHEA).

Porque se tu prestas o cuidado, tu consegues avaliar como é que está o paciente, como é que está a pessoa que está cuidando dele, se há evolução do problema dele, tu consegues captar as outras partes que também estão afetadas e que vais precisar, tu consegues perceber o que está acontecendo e mudar não só o cuidado direto mas tudo que envolve (ROSEMARY).

É um cuidado integral, ouvindo o paciente e família. Cuidando a partir do meu diagnóstico e daquilo que o paciente julga necessário para si (JEAN).

As enfermeiras reafirmam usar o modelo teórico – as necessidades humanas básicas com base em Horta, mas não conhecem as diferentes etapas do Processo de Enfermagem, então elas não têm um referencial teórico incorporado para a prática assistencial por meio do cuidado para/com os clientes hospitalizados.

Carraro (2001), ao estudar os passos da Metodologia da Assistência, afirma que a terminologia usada está de acordo com a finalidade e a área a que se destinam. Entretanto, é fundamental compreender que eles apontam para a aplicação de um método científico para o planejamento e desenvolvimento das Ações de Enfermagem e que o termo depende do enfoque teórico que o sustenta. A autora destaca que as etapas articuladas entre si, complementam-se e ocorrem simultaneamente ou não, como as apresenta a seguir: o levantamento de dados ou histórico de enfermagem; o diagnóstico de enfermagem ou levantamento das situações de assistência; o planejamento ou prescrição de enfermagem; a execução ou implementação e, o acompanhamento/ avaliação ou evolução de enfermagem. Isto reafirma um ponto de vista que prevê o desenvolvimento da enfermagem como ciência, cujas ações se dirigem ao paciente, não mais a partir de entidades clínicas e/ou procedimentos técnicos, normas e/ou rotinas, mas prevê o cuidado de enfermagem, a partir da identificação de problemas. A utilização de métodos e modelos teóricos diferenciados de cuidar oportuniza a(o) enfermeira(o) desempenhar um cuidado profissional de tal modo que ele vá ao encontro das necessidades e carências do cliente/cidadão sob seus cuidados.

Foi atribuída também a base do cuidado da enfermeira em uma outra teórica de enfermagem, como podemos observar:

Além disso, sigo o entendimento de autocuidado de Orem e a concepção de outras teóricas acerca do cuidado. Também busco...(JEAN).

O autocuidado é o conceito principal da Teoria de Orem (1985) definido como a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem estar. Ou seja, as atividades de

autocuidado constituem-se em habilidades humanas para engajamento em ações de autocuidado de modo a promover, prevenir e recuperar as doenças e/ou enfermidades.

A Teoria de Orem nos diz que alcançar o autocuidado é um processo aprendido, é uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma. Isto é, o indivíduo deve ser livre para acertar, para aprender, para utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, para pedir ajuda, para obter informações sobre si mesmo. Porém, a essência do autocuidado é o autocontrole, a liberdade, a responsabilidade do indivíduo e a busca pela melhoria da sua qualidade de vida. Assim, o cuidado na assistência deriva das necessidades e preferências do cliente/cidadão. Aqui, a relação enfermeira-cliente possibilita dessa forma que diminua a dependência dele.

As enfermeiras responderam também, que seus cuidados estavam fundamentados no saber popular-científico, como podemos observar:

[...] ele é um cuidado, preciso passar ao paciente, troca com o paciente, troca de saberes, a troca de cuidado é desde o ponto de vista científico, o mais atualizado que eu conheço, procuro sempre estar me atualizando, isso (WANDA).

Neste sentido, o cuidado hospitalar na perspectiva educativa de uma relação horizontal se estabelece a partir do diálogo e da interação entre enfermeira-cliente, que se utiliza de argumentação para que ambos exponham seus pontos de vista.

Também, afirmaram as enfermeiras que o cuidado estava embasado na ética e nos princípios da bioética, conforme os relatos apontam:

O cuidado está pautado em princípios éticos, ele é um cuidado, preciso passar ao paciente,[...] (WANDA).

[...] com base na ética, no diálogo, na troca. Também nos princípios da bioética, na autonomia, na justiça, na beneficência, na não maleficência. Atuo pautada nesses princípios (WANDA).

Acredito que o comportamento moral e a ética influenciam na formação e na prática dos profissionais. É importante mencionar e ressaltar que o cuidado como uma prática ética é a essência da enfermagem, assim Kelly (1992) tece algumas conclusões teóricas, quais sejam: a prática da enfermagem é essencialmente moral em sua

natureza; o respeito e o cuidado pelas pessoas constituem a ética essencial da enfermagem; o respeito como uma ética de enfermagem, é evidenciado pelo respeito a clientes, a familiares, ao *self*, a colegas e à profissão de enfermagem; o cuidado como uma ética de enfermagem é evidenciada pelo respeito a clientes, a familiares, ao *self*, a colegas e à profissão; o respeito e o cuidado são elementos necessários, porém não são elementos suficientes da enfermagem (inclui-se o conhecimento como imprescindível); o respeito pelas pessoas precede o cuidado na relação enfermeira-paciente; o cuidado não é possível quando não existe respeito e, por último, a enfermagem não é possível quando inexistente cuidado.

Na atualidade a ética torna-se cada vez mais parte fundamental do exercício de qualquer profissão. Já nas últimas décadas vem se observando problemas éticos de modo crescente e que atingem toda a humanidade. A ética na enfermagem está confrontada com perguntas acerca do bom e do mau na enfermagem para desse modo obter os objetivos e metas da prática profissional. A ética de enfermagem como conhecimento não consistiria em teorias e códigos, porém, se regeria por princípios éticos e metafísicos (HERRERA E AFANADOR, 1998).

Conseqüentemente pode-se perceber que a preocupação com os aspectos éticos na assistência à saúde, não se restringe à simples normatização contida na legislação ou nos códigos de ética profissional, mas estende-se ao respeito à pessoa como cidadã e como ser social, enfatizando que a ‘essência da bioética é a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade’.

A bioética pode ser compreendida como o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais. A ética da responsabilidade e a bioética conduzem a responsabilidade para com as questões do cotidiano e das relações humanas em todas as dimensões desde que tenhamos uma postura consciente na arte de cuidar do outro como se fosse a si mesmo.

Costa, Machado e Koerich (2005, p.108) destacam que “a bioética não está restrita às ciências da saúde, sua atuação tem a ver com a vida. Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a bioética se sustenta em quatro princípios são eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça ou equidade”.

O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus interesses. Neste princípio o profissional se compromete em avaliar os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos) e a buscar o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos. Significa que como profissionais da saúde precisamos fazer o que é benéfico do ponto de vista da saúde e para os seres humanos em geral. É necessário o desenvolvimento de competências profissionais, pois assim poderemos decidir quais os riscos e benefícios aos quais estaremos expondo nossos clientes (COSTA; MACHADO; KOERICH, 2005).

O princípio de não-maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. Aqui o profissional se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis. Porém, não basta apenas que o profissional tenha boas intenções de não prejudicar o cliente, deve-se evitar qualquer situação que signifique risco para o mesmo, manifestam (COSTA; MACHADO; KOERICH, 2005).

O princípio da autonomia diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Preconiza-se que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. Esta autodeterminação é limitada em situações em que ‘pensar diferente’ ou ‘agir diferente’ não resulte em danos para outras pessoas. A violação da autonomia só é eticamente aceitável, quando o bem público se sobrepõe ao bem individual. Aos profissionais de enfermagem, cabe procurar essa autonomia no conhecimento, ou seja, construir um corpo de conhecimento específico que possibilite uma maior autonomia no processo de cuidar, vinculando o pensar ao ato de fazer (COSTA, MACHAD, KOERICH, 2005).

E o princípio da justiça relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais. No Brasil, a Constituição de 1988 assegura que a saúde é direito de todos. Dessa forma, todo cidadão tem direito à assistência de saúde, sempre que precisar, independente de possuir ou não um plano de saúde.

Assim, conhecendo estes quatro princípios podemos utilizá-los como recursos para análise e compreensão de situações de conflito, ponderando as conseqüências das condutas tomadas anteriormente sobre os clientes ou cidadãos.

5.1.5 Enfermeira: Cuida de si/Não cuida de si

Ser enfermeira e atuar junto aos clientes/cidadãos em regime de internação não é tarefa fácil, porque a prática tem demonstrado que o cuidado comporta ações muito diversificadas e complexas. A enfermeira realiza procedimentos relacionados com a cura da doença tais como: administração de medicamentos, procedimentos e intervenções especiais e tratamentos onde estas dependem das situações do processo saúde-doença que vivencia o cliente no âmbito hospitalar.

A enfermeira sempre tem em mente que seu enfoque dever ser o cuidado ao ser humano e não a cura. Mas, é possível cuidar de si enquanto enfermeiras(os)? Embora o cliente/cidadão esteja com diagnóstico de câncer terminal ou de HIV/Aids, vindo a ser curado ou não, caso ele permaneça com a enfermidade em remissão, ou morrendo, ainda assim, com todas essas situações próprias do cotidiano profissional é possível a enfermeira cuidar de si como ser existencial com tarefas a cumprir, por obrigação, dever e compromisso profissional. A percepção de si mesma como uma pessoa que participa do cuidado auxilia no reconhecimento de que cada pessoa vivencia o cuidado a cada momento, de maneira singular e que cada encontro é uma oportunidade de crescimento na prestação de cuidados.

O cuidado é um processo e como tal se desdobra continuamente, ou seja, é evidenciado a cada momento. As experiências apresentam oportunidades para que se aumente a compreensão do que significa ser humano e viver prestando cuidados. Segundo Waldow (1998), é preciso absorver o cuidado, para que ele faça parte da pessoa, constituindo-se, assim em estilo de vida. Concordo com a autora, porque a vida é o bem mais valioso do ser humano, por isto é essencial que as(os) enfermeiras(os) reflitam e incorporem teorias ou marcos de cuidar de si em seus estilos de vida, no dia-a-dia, na prática de enfermagem e na postura profissional.

Na subcategoria relativa à Enfermeira cuida de si, no ‘aspecto físico’, ela pratica exercícios, faz alimentação adequada/saudável e controle médico através de exames/consultas e tratamento, conforme os dizeres:

Experimento momentos de ócio cuidando da minha aparência física, faço caminhadas ao ar livre (WANDA).

Eu procuro fazer uma alimentação saudável, procuro não deixar de fazer minha alimentação, procuro tomar um café da manhã, se dá tempo procuro fazer um lanchinho entre o café e o almoço, principalmente não deixo de fazer o almoço, coisa que no tempo passado isso não acontecia... É por isso que digo que procuro cuidar de mim mesma, a questão fisiológica principalmente intestinal para a hidratação da pele e pelo menos 3 vezes por semana atividade física mais leve, nem que seja meia hora, de bicicleta, uma pedalada, em fim, em relação ao estado físico (DOROTHEA).

Eu vejo em termos de saúde para poder ajudar aos outros tenho que estar bem comigo. Agora estou fazendo mais exercício, caminhando, na parte física fazendo exercícios. Fazendo também uma prevenção é cuidado com a minha saúde, eu acho que estando bem fisicamente eu consigo os outros espaços. Cuidando de outras pessoas (MADELEINE)

[...] postura errada, problema com tontura, com dor de cabeça descobri que era relacionado ao problema de coluna, tive que fazer uma serie de exames, procurei vários médicos. Agora estou com acompanhamento de fisioterapeuta. Ele faz a parte de orientação e exercícios então melhorei um 99% (ROSEMARY).

Eu cuido, principalmente na parte de saúde. Agora acabei de fazer um tratamento de varizes. Procuro fazer exames periódicos, até porque eu tenho essa formação em Gerontologia, que é o cuidado do idoso; estou me preparando para a Terceira Idade, também, cuido da cabeça (CALIXTA).

Evidenciou-se que a Enfermeira cuida de si no ‘aspecto psicológico’ através de relacionamento/convívio social e familiar adequado, sono e lazer/recreação, terapia mental, preocupação com sua dimensão mental, emocional e psicológica, conforme os relatos apontam:

Gosto muito da leitura e toda a semana eu vou ao cinema. Meu marido não gosta do cinema, mas eu tenho uma filha que adora, ela tem 20 anos. Então, toda terça feira vou ao Beiramar, a gente programa para ir à terça ou na quarta para o Shopping Itaguaçu. A terça-feira é dia de folga dela na faculdade, então a gente vai sempre ao cinema, eu adoro... Gosto de dançar no carnaval e participo na escola de samba nos ensaios. Acho que isso é cuidar da parte mental, e aí você consegue trabalhar numa boa e trabalhar com prazer (CALIXTA).

Eu cuido quando faço leitura e cuido do espírito (WANDA).

A questão do lazer nos finais de semana fazendo alguma coisa que eu gosto ficar com meus filhos, me distrair, passear, conhecer outros lugares, ir ao cinema com a família, a verdadeira distração (DOROTHEA).

[...] me cuido tendo apoio familiar (MADELEINE).

Procuro preservar minhas horas de folga, dormir bem, fazer academia, caminhada na praia, reunião com amigos, convívio em família (JEAN).

As enfermeiras referiram que cuidam de si no ‘aspecto espiritual’, também, conforme as falas:

Cuida de si mesma a enfermeira quando faz leitura e cuida do espírito (WANDA).

Vou à igreja, sou católica, acredito em Deus, ver no próximo como alguém que possa ajudá-lo, e participo mensalmente... (MADELEINE).

Eu sou espírita. Desde pequena tenho uma tendência pelo lado mais espiritualista e, principalmente em nosso ambiente de trabalho a gente sente muito isso. Participo da doutrina espírita e me cuido muito com orações para me manter sempre bem. Se tu estás bem contigo mesmo, se tua sintonia está bem, o que está de errado no meio ambiente não vai te afetar (ROSEMARY).

As enfermeiras quando falam de cuidar-se se referiram especialmente à saúde, a qual parece estar muito relacionada com o corpo biológico ou físico para essas enfermeiras. As necessidades de lazer, ócio, distração e saúde mental são pouco indicadas. Provavelmente essa concepção que enfatiza o biológico se reflita também no cuidado ao cliente/cliente.

Essa subcategoria evidenciou porém, uma preocupação com a prevenção de doenças, problemas reais de saúde e tratamento das mesmas, considerando-se como ações voltadas para o cuidado de si. No obstante, Moran e Schultz (1996) destacam que ações para cuidar de si são mais abrangentes, envolvendo todo um estilo de vida com intuito de promoção e proteção à saúde. Para Patrik (1981) o cuidar de si envolve uma conscientização a respeito de todos os nossos hábitos sobre o bem-estar físico, emocional e social.

A enfermeira assume uma grande responsabilidade pela sua saúde e não apenas quando ela se encontra abalada, procurando a detecção precoce ou o tratamento prescrito por outros profissionais. Por conseguinte, as profissionais enfermeiras(os)

precisam incorporar as práticas do cuidar de si em seus estilos de vida, compreendendo que estas constituem a maior parte do cuidado à saúde.

Lautert (1995) enfatiza que a Enfermagem é uma das profissões cujas demandas emocionais são desgastantes pela necessidade de a(o) enfermeira(o) estar constantemente em interação, relacionando-se o tempo todo com seres humanos que estão experienciando sofrimento, separação e morte, portanto, o profissional necessita desenvolver também a competência pessoal. Existe assim na enfermeira a necessidade de um equilíbrio entre trabalhar e viver, entre cuidar de si e de outros vivenciando uma doença como fenômeno existencial, isto porque considero também o cuidado como um gesto de amor, assim pode-se deduzir que para cuidar do outro é preciso cuidar de si, sim.

Mas nem todas as enfermeiras demonstraram ações de cuidado de si. Algumas responderam que não cuidavam de si, como demonstram as falas a seguir:

Não cuido de mim quando não me dou tempo né, quando trabalho demais, não me dou tempo que preciso para mim, tempo para outras coisas, não me priorizo (WANDA).

[...] principalmente não deixo de fazer o almoço, coisa que no tempo passado isso não acontecia, à medida que o tempo vai passando estou tentando-me disciplinar com algumas coisas. E a questão da alimentação é uma (DOROTHEA).

Às vezes a gente é mais relaxada com a gente mesma do que com os outros, mas eu tenho me policiado para me cuidar. Eu não me cuidava, eu olhava os outros, eu cuidava em casa de todos, no serviço dos pacientes, da equipe e não me cuidava, aos poucos claro, o corpo começa a dar sinais que tu tens que lembrar dele. Então comecei a ter problemas de saúde a me sentir cansada, eu comecei a parar e pensar o que é que estava errado e aí eu vi que não estava me cuidando, certo. Eu me doava demais, mas me doava exclusivamente para o serviço. Se tu me ligasses em qualquer hora do dia ou da noite ou faltasse gente eu corria, largava tudo e corria não importava se eu tinha um compromisso marcado ou não. Depois aconteceu que eu fiquei doente e tive que me afastar por causa de uma tendinite, fiquei mais de uma semana fora, e aí eu reparei que não me davam o mesmo valor que eu dava para a instituição... (ROSEMARY).

A falta de cuidado de si das enfermeiras que cuidam de clientes nas unidades de hospitalização são justificadas pela falta de tempo, excesso de tarefas e atividades, falta de disciplina com elas mesmas, excesso de doação de si, falta de descanso e

cansaço, problemas de saúde, assim como a pouca ou nenhuma preocupação com sua auto-imagem e auto-estima.

Radünz (1999) destaca que precisamos aprender a estabelecer prioridades, ou seja, definir o que precisa ser feito primeiro, tanto no trabalho, quanto nas atividades sociais, para uma utilização mais racional do tempo, o qual é único para cada um de nós.

O cuidado sempre ocupou e ocupará um lugar relevante em nossa profissão como enfermeiras. Por conseguinte, é necessário que exista uma reflexão e mudança no conceito de cuidar de maneira a incorporar-se nele como algo sumamente imprescindível a necessidade do cuidado com quem cuida. Por que isto é fundamental para o seu bem-estar e traz como consequência um cuidado mais efetivo para aqueles clientes/cidadãos que estiverem sob seus cuidados profissionais. Essa consciência de cuidar de si mesmo conduzirá à enfermeira(o) a superar as barreiras para o não cuidar de si.

5.2 A DIMENSÃO EDUCATIVA NO CUIDADO DA ENFERMEIRA

As enfermeiras foram questionadas acerca das concepções teórico-práticas das ações educativas desenvolvidas no cuidado da prática hospitalar. A partir das respostas obteve-se um volume de dados, agrupados nas subcategorias a seguir: O que é educação em saúde/ação educativa. Importância e finalidade da educação. Características e/ou elementos da educação. Fundamentação teórica da educação e tipos de educação e, processo ensino-aprendizagem.

5.2.1. O que é a Educação?

A educação tem um caráter permanente. Estamos todos nos educando, não existindo ignorância ou saber absoluto, neste processo não existe espaço para o egoísmo, não há educação sem amor, pois, “quem não é capaz de amar os seres inacabados não pode educar” (FREIRE, 1993a, p. 29).

A educação é um elemento inerente a todo ser humano. Além de permanente é um processo dinâmico de descoberta, baseada numa visão humanista e libertadora. Contribui para a humanização dos cidadãos, mediante a superação da contradição educadora-enfermeira; educando-cliente/cidadão, numa relação horizontal, através do diálogo, da participação, da reflexão-ação, objetivando sempre a transformação da educação tradicional (ESPINOZA, 1998).

A educação encontra-se em todas as sociedades; nas comunidades primitivas, de maneiras simples e homogêneas; nas comunidades atuais, de modo complexo e diversificado. Porém, aparece de forma difusa e indiferenciada em todos os setores da sociedade: as pessoas se comunicam tendo em vista objetivos que não o de educar e, no entanto, educam e se educam (SAVIANI, 1991).

Diferentes concepções teórico-filosóficas determinam diferentes modos de promover ações educativas, ou seja, o modo como pensamos educação determina as ações e o modo que as executamos. Assim, a educação problematizadora baseia-se na criatividade e possibilita uma reflexão e uma ação crítica sobre a realidade, comprometida com a transformação social (Gadotti, 1991). Freire (1993b) nos apresenta a educação libertadora ou 'problematizadora' como a que se contrapõe à 'bancária', onde existe uma visão distorcida e/ou deturpada da educação podendo ser reconhecida na cultura do silêncio.

A enfermeira pode envolver, no seu exercício profissional, aspectos assistenciais e educativos de forma contínua durante o cuidado cotidiano na suas atividades junto à clientela. Todavia, a realização de ações educativas e como elas são desenvolvidas no cotidiano, estão diretamente relacionados às crenças do profissional acerca da educação e seu papel no cuidado de enfermagem.

Na subcategoria relativa à definição e conceitualização sobre educação em saúde e da ação educativa na internação, as enfermeiras responderam que elas promovem a autonomia e a liberdade do cliente conforme destaca Freire, se constituindo numa troca de conhecimentos entre o cliente e a enfermeira, como apontam as falas a seguir:

Educação em saúde é uma ação educativa no dia-a-dia, através da troca de experiência, troca de fazeres e conhecimentos. Educação em saúde é ação

educativa no cuidado porque a gente aprende e orienta os conhecimentos do paciente... são informações, esse fornecimento de troca de conhecimentos que a enfermeira tem com o paciente para que o paciente possa decidir sobre sua vida. E a ação educativa no cuidado é a implementação de ações que forneçam ao indivíduo/paciente condições de autonomia e liberdade (WANDA).

Eu penso que a educação em saúde é um dever e um compromisso profissional, onde compartilhamos saberes e possibilitamos que o outro se torne mais independente e capaz de se cuidar (JEAN).

Algumas enfermeiras expressaram que a ação educativa consiste em transmitir informações e orientar ao cliente hospitalizado, aliando-se a idéia de verticalidade e uni-direcionalidade do processo educativo, ou ‘bancário’ como sugere Freire (1993b). Isso pode ser visto nas falas a seguir:

A enfermeira educa ao paciente orientando, passando uma visita, aí estou transmitindo informações e já estou educando [...] Transmitindo o que é uma cirurgia, como é que vai ser o cuidado que ele deve ter antes e depois da cirurgia imediata, tardia, isso é uma coisa continuada [...] (MADELEINE).

Educação para a saúde significa verificar o cliente enquanto a saúde dele, para que a enfermeira possa ajudar e partir daquilo que sabe em relação à questão da educação, para que ele consiga alcançar chegar próximo à saúde dele (DOROTHEA).

A ação educativa sim, faz parte do cuidado da enfermeira por meio de orientar, de saber que aquilo que estou falando e transmitindo faz com que o cliente tenha certeza do que vai fazer. Eu tenho que estar transmitindo confiança para ele acreditar no que ele vai poder atuar (CALIXTA).

As enfermeiras, pelos seus depoimentos, demonstraram ter concepções diferenciadas acerca da educação, e mais diretamente, da educação em saúde. Para algumas a educação e as informações repassadas ou transmitidas parecem ter o mesmo significado. Nesse sentido, Freire (1993a) faz a crítica da educação bancária, na qual existe uma visão distorcida sobre a educação, aqui não há diálogo, não há criatividade, não há respeito à autonomia, não há transformação, não há saber, aqui os homens são vistos apenas como simples seres de adaptação.

Já para outras enfermeiras a educação em saúde e ação educativa é uma troca de experiência, troca de fazeres, troca de conhecimentos, onde fornecem ao ser humano autonomia e liberdade, assim também a enfermeira reconhece seu compromisso e

responsabilidade profissional compartilhando saberes e conhecimentos técnico-científicos para que o outro se torne mais independente e capaz de se autocuidar. O que é corroborado na concepção libertadora com base em Freire (1993) que afirma a dialogicidade, de caráter autenticamente reflexivo e crítico, o diálogo é aquele encontro em que se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos, aqui a palavra nutre-se de amor, porque ela é um ato de coragem e valentia, sendo o compromisso com os homens para sua libertação.

Freire coloca a importância de desenvolver no processo educativo, a reflexão, o pensar certo, e não simplesmente dar ou repassar informações. É claro que estas são importantes, mas fundamental é a formação para pensar e analisar a realidade. Existe a necessidade de mudanças no processo educativo que ela seja voltada aos interesses e realidade concreta do cliente/cidadão no âmbito hospitalar. Essa mudança, portanto, não significa apenas a invenção de novas técnicas, novos modos de planejamento e método educacional ou novos textos didáticos, mas uma mudança de postura profissional e conseqüentemente da ação educativa.

5.2.2 Importância e Finalidade da Educação

As enfermeiras reconhecem a importância das ações educativas no contexto hospitalar, como possibilidade de favorecer o processo de cuidado e recuperação do cliente, porque o torna mais seguro e confiante. Também relataram que favorece o seu próprio processo de trabalho, ao permitir um melhor planejamento do cuidado, melhor evolução e acompanhamento do cliente.

Nas falas a seguir podemos observar o que disseram as enfermeiras sobre a importância que atribuíam à educação em saúde e à ação educativa no contexto hospitalar:

É importante sim, sempre que se tem ação educativa no cuidado tu estás esclarecendo, tu estás dando mais segurança, tu estás deixando o paciente muito mais confortável dentro daquele cuidado, principalmente a questão do esclarecimento, conseqüentemente com relação ao conhecimento do que vai ser feito com ele... A ação educativa também é importante no cuidado da enfermeira por que vejo a evolução do paciente, a recuperação e o bem

estar dele. A assistência da enfermagem, a educação é uma assistência que eu estou prestando e com isso melhora a saúde do paciente (MADELEINE).

Educação para a saúde é um dever e um compromisso profissional. Enfermeira-paciente compartilham saberes e possibilitamos que o outro se torne mais independente e capaz de se cuidar. A educação para a saúde é importante porque envolve a parte educativa com os cuidados da saúde do paciente. A saúde para mim não só a parte física, mas a saúde mental e espiritual também... A ação educativa é fundamental, porque quando existe ação educativa no cuidado tu estás orientando, informando e esclarecendo qualquer dúvida que o paciente tiver... (JEAN.)

É importante sim, porque tem relação uma coisa com a outra, a educação e o cuidado então, a partir do momento que tu prestas um cuidado se tu já estás, orientando, ensinando, tendo uma parte de orientação junto, o cuidado se torna muito mais importante e o próprio paciente passa a dar mais importância para esse cuidado (ROSEMARY).

Sim, considero importante a ação educativa. Porque se você não fizer a parte educativa, o paciente pode se negar ao cuidado, porque que ele não sabe para que serve, porque é que vai fazer isso. Ele vai para casa depois da alta, ele não vai continuar o tratamento adequadamente, vai retornar logo em seguida para o hospital, não vai ter o acompanhamento de uma pessoa. Ele tem que sair daqui com toda a orientação, a cada dia você vai fazendo um pouquinho... (CALIXTA).

Esta subcategoria também nos mostrou com destaque a conotação das enfermeiras sobre ação educativa como sinônimo de orientar, informar e assim as mesmas estariam esclarecendo qualquer dúvida ou mesmo manifestam que ao orientar elas estariam ensinando o cliente/cidadão. Portanto, como fica o diálogo? Orientar e transmitir informações poderiam ser considerados como ações e/ou atividades educativas, mas não como educação. Freire (1993a) afirma que o diálogo é um importante componente na educação libertadora é a própria palavra e possui duas grandes dimensões de ação e reflexão. O diálogo é um encontro fraterno em que existe troca de experiências e idéias sobre essas experiências, a partir do saber que cada cidadão/cliente é portador. Aqui o diálogo é o encontro em que se solidarizam a ação, a reflexão e a ação de seus sujeitos direcionados ao mundo a ser transformado e humanizado. Portanto, é um ato de amor, de humildade, de confiança, de fé, uma fé pela quais os homens expressam o seu poder de fazer e de refazer, de criar e recriar, fé na sua vocação de ser mais. Dialogar é atuar e pensar como sujeitos e permitir que outras pessoas sejam sujeitos críticos, tal ação somente é possível por médio da educação libertadora, já a postura contrária é o anti-diálogo.

Nessas falas algumas das enfermeiras manifestaram que o processo educativo em saúde proporcionava a satisfação das necessidades psicossociais como segurança emocional, comunicação, aceitação e atenção, conforme demonstram as mesmas a seguir:

...eu escuto bastante também em outras situações como de colostomia, Qualquer outra cirurgia eu procuro estar escutando o paciente se eu conseguir ajudá-lo, tentando trazer mais um pouco de conforto, de esclarecimento de dúvidas, trazer mais um pouco de segurança (DOROTHEA).

Uma coisa que considero muito é esse contato com o paciente, ele está num ambiente fora, ambiente estranho, a partir disso eu tento fazer com que ele se sinta bem, então chego me apresento, me coloco a disposição, quando ele tiver alguma dúvida, eu esclareço para amenizar o sofrimento dele. Isso é o que faço, é realmente no contato físico, cuidar, escutar um pouquinho o que ele tem que falar às vezes uma angústia que pode ser resolvida numa simples resposta... (MADELEINE).

Além da questão técnica em si, o próprio paciente precisa saber por que ele foi cortado, a forma que ele precisa para estar se cuidando e ajudando a cuidar da ferida operatória. A educação para a saúde ajuda ao paciente a sentir-se melhor, mesmo estando com uma incisão cirúrgica [...] (JEAN).

É sim, sempre que se tem ação educativa no cuidado tu estás esclarecendo, tu estás dando mais segurança, tu estás deixando o paciente muito mais confortável dentro daquele cuidado, principalmente a questão do esclarecimento porque tudo assim, conseqüentemente com relação ao conhecimento do que vai ser feito com ele (CALIXTA).

O significado de insegurança do cliente frente à realização de algum procedimento também se evidencia, porém, a dimensão educativa da enfermeira por meio da orientação é importante na intervenção, conforme o dizer:

...o desconhecido causa nele insegurança, eu o oriento sobre aquele procedimento passo a passo, o que vai acontecer aí pela frente e a forma como ele deve estar ajudando nesse cuidado. Desse cuidado, ele vai se tornar mais tranqüilo e muito mais confiante (DOROTHEA).

Para Wanda, as ações educativas através das orientações favorecem uma recuperação rápida da saúde, bem como a promoção da mesma, conforme demonstra o relato a seguir:

As ações educativas da enfermeira são com base nas orientações relacionadas à recuperação da saúde e prevenção da má saúde (WANDA).

Evidenciou-se nas respostas, também, que as ações educativas que desenvolve a enfermeira promovem o diálogo e o esclarecimento, assim a mesma considera o ensino como parte de um mesmo processo educativo, isto significa a possibilidade do desenvolvimento da consciência crítica, conforme demonstra os depoimentos a seguir:

Por exemplo: O uso da insulina, quando você vai administrar já aproveita para ensinar a auto-aplicação e orienta quanto à importância, efeitos, locais para realização, rodízio, etc. Existe sempre o diálogo, porque a gente mesmo estimula isso. É no diálogo que a ação educativa se concretiza, quer dizer, tem um retorno (ROSEMARY).

Para que a gente chegue mais próximo do paciente e ser tão gente quanto ele. A ação educativa no cuidado é que possibilitou fazer o processo educativo, isso facilita o diálogo e a troca de informações, já é uma porta aberta (WANDA).

Porque se você não fizer a parte educativa, o paciente pode se negar ao cuidado, porque que ele não sabe para que serve, porque vai fazer. Ele vai para casa depois da alta, ele não vai continuar o tratamento adequadamente, vai retornar logo em seguida, não vai ter o acompanhamento de uma pessoa. Ele tem que sair daqui com todo o ensinamento e a orientação, a cada dia você vai ensinando um pouquinho, porque não adianta no dia da alta dar toda orientação... (MADELEINE).

Nesse recorte, a enfermeira salienta durante um dos procedimentos a importância do diálogo com o cliente/cidadão, reafirmando que é no diálogo que a ação educativa se concretiza, sendo o diálogo um dos conceitos que contempla a práxis educativa do estudo.

O diálogo é a comunicação verdadeira entre os homens, é ação e reflexão, pois não existe palavra verdadeira que não seja práxis, palavra que tenha ação transformadora que desvela a realidade, permitindo a compreensão da mesma, palavra que sirva de instrumento de releitura coletiva da realidade, onde acontece a relação entre os homens. Assim, dialogar é atuar e pensar como sujeitos e permitir que outras pessoas sejam sujeitos críticos.

Evidenciaram-se respostas sobre as finalidades da ação educativa nas intervenções e nos procedimentos realizados pelas enfermeiras. Elas disseram que o processo educativo por meio das explicações, transmissões, informações e orientações

possibilitam o esclarecimento de dúvidas, fazendo parte da conotação que as mesmas têm sobre a dimensão educativa, sendo uma educação tradicional e conservadora, conforme os relatos apontam:

Ele tem muitas dúvidas quanto à dor. Essas orientações são muito importantes para a enfermeira conversar e orientar o paciente. Na primeira vez que ele vai à cirurgia ele está com medo é um fato desconhecido aí o papel do enfermeiro em orientar o que vai ser. A ação educativa sim faz parte do cuidado da enfermeira por meio de educar, de orientar, de saber que aquilo que estou falando e transmitindo faz com que o cliente tenha certeza do que vai fazer. Eu tenho que estar transmitindo confiança para ele acreditar no que ele vai poder atuar (MADELEINE).

A incisão cirúrgica traz desconforto não só pela incisão, a dor, o pós-operatório em si, a imagem, auto-imagem, possibilita estar educando, estar produzindo esclarecimento, informações que acaba direcionando a questão da educação em si, para estar se sentindo melhor (DOROTHEA).

Sempre que posso oriento ao paciente e acompanhante na internação, na maioria das vezes eu faço essa atividade... A enfermeira considera importante a ação educativa no cuidado porque quando existe uma ação educativa no cuidado tu estás orientando, informando e esclarecendo qualquer dúvida que o paciente tiver... (JEAN).

A enfermeira estabelece como expressou em suas falas, uma relação e uma ligação direta entre o cuidado e a educação. De modo geral os relatos das profissionais revelam uma maneira ainda conservadora de perceber a prática de educação em saúde ao se referirem nos depoimentos, às palavras como informar, orientar, transmitir quando descrevem sua prática assistencial. Isto porque ainda é o modelo tradicional de educação que prevê a ação educativa como um repassar de conhecimentos ao outro, a quem cuida ou me dirijo.

Concordo com Côrrea (1990) onde diz que neste tipo de escola o homem, para o caso do estudo o cliente/cidadão, é inserido num mundo onde irá conhecer informações e orientações fornecidas, consideradas como as mais úteis para ele sendo o cliente um receptor passivo devendo assimilar os conteúdos transmitidos pelo professor/enfermeira que é o(a) dono da verdade absoluta. As regras aqui são impostas. Saviani (1991) destaca que o papel da escola tradicional é difundir a instrução, transmitir conhecimentos acumulados pela humanidade e sistematizados logicamente. O ensino tradicional foi centrado no intelecto, na transmissão de

conteúdo e na pessoa do professor. O relacionamento professor-aluno é vertical, com predomínio da autoridade do professor; a comunicação é unilateral, ou seja, do professor aos alunos e a disciplina imposta é o recurso adequado para garantir a atenção e o silêncio.

Certamente, a escola aqui é um lugar onde o aluno raciocina, onde se têm as receitas, os modelos, as demonstrações, pois o que impera é o conservadorismo cultural. O enfoque é autoritário, o controle rígido, na qual a rígida autoridade central admite pouca ou nenhuma participação, sendo os alunos preenchidos com conhecimentos padronizados, que precisam ser domesticados, no método de ensino.

Particularmente na Enfermagem, esta pedagogia ainda é vigente e vem formando profissionais acrílicos, dóceis e submissos, que sendo incompetentes politicamente, acomodam-se ao sistema e servem aos interesses das classes hegemônicas (REIBNITZ, PRADO, 2006).

Waldow (2006) afirma que a finalidade do cuidado na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as expectativas do viver e do morrer. Na opinião de Herrera e Afanador (1998), as finalidades do cuidador são apontadas como: fomentar a autonomia; dignificar o ser humano; responder ao chamado do outro; viver e crescer no cuidado; crescer como cuidador; interagir com o outro no cuidado, contribuindo para que ele desenvolva sua capacidade de cuidar de si e, desenvolver um corpo de conhecimentos para a enfermagem, de modo que o cuidado requeira um momento, um contexto e um cenário.

Evidenciou-se também que as enfermeiras demonstraram preocupação quanto à dimensão educativa articulada ao cuidado, a contemplação de alguns conceitos preconizados por Freire tais como; o diálogo, a participação, a ação-reflexão e a mudança, como surgem nos relatos:

O cuidado da enfermeira é um contato dialógico com o paciente, é a troca de saberes, é o processo educativo paciente-enfermeira, é ajudar o paciente a recuperar o seu estado de saúde (WANDA).

...e tu tens que fazer, só tem que sentar junto. Um momento de lazer é tão importante assim como o momento de tu sentar com o paciente e o familiar para conversar e dialogar... (ROSEMARY).

As enfermeiras no desenvolvimento das ações educativas, no cuidado junto ao cliente/cidadão, contemplaram o diálogo como um importante componente do processo educativo. A concepção libertadora, segundo Freire afirma a dialogicidade, portanto através do diálogo, dá-se a superação que resulta num termo novo – educadora-cliente com cliente-educadora – onde ambos tornam-se sujeitos do mesmo processo horizontal em que crescem juntos.

Surge também nos depoimentos das enfermeiras a importância da participação dos clientes no contexto hospitalar. A participação mediatizada pelo diálogo e a escuta da profissional favorecendo a satisfação das necessidades humanas básicas de “segurança emocional, de comunicação e da mesma participação” segundo (Horta, 1979, p.40), como podemos observar nos dizeres:

A participação do paciente depois da colostomia ou curativo de abdome é escutando-o na visita e perguntas de como passou o paciente nas últimas 24 horas. Na colostomia ou qualquer outra cirurgia, procuro estar escutando o paciente se eu consegui ajudá-lo, trazendo conforto, esclarecimento... O paciente participa do cuidado da enfermeira manifestando o que ele conhece sobre o estado de saúde e sua internação. Se a enfermeira percebe que o paciente não conhece nada, a gente vai começar do zero, tentando inclui-lo dentro do cuidado, se já sabe alguma coisa a gente só vai tocando a caminhada (DOROTHEA).

O primeiro contato é explicando e perguntando se ele entendeu ou tem alguma dúvida. O paciente fica mais seguro e a recuperação é muito mais tranqüila. A participação do paciente no cuidado mais confiante e seguro porque sabe o que vai ser feito, ele fica mais tranqüilo em cima disso que foi falado para ele (MADELEINE).

As falas evidenciaram, também, o conceito de ação-reflexão segundo as enfermeiras sobre as ações educativas no cuidado com o cliente mediante a prestação de cuidados e o desenvolvimento de intervenções e procedimentos. Isto pode observar nas seguintes falas:

...vais trabalhando essa parte educacional no dia-a-dia um pouquinho. Porque tu falas um dia, ele vai parar a pensar e depois vão surgir as dúvidas, então, no próximo dia que ele estiver vai se sentar e tirar essas dúvidas com você e aí tu vais poder ensinar... (ROSEMARY).

...a minha postura vai refletir, eu estou educando, a maneira como estou transmitindo o cuidar, fazendo o cuidado, educando o cliente ou paciente. Saber como minha atuação vai fazer com que isso reflita na atitude do outro, na do paciente como na do acompanhante (MADELEINE).

Sim, eu acho que sim, porque não adianta fazer o cuidado do paciente sem pensar e não explicar para ele ou para a família porque que estou fazendo; ele não vai saber por quê. Então, se você explica e está educando, depois que ele sair de alta, ele vai repetir, ele tem que ir para casa, tomar banho, escovar os dentes, higiene oral, ele tem que saber por que é bom para a saúde dele (CALIXTA).

As enfermeiras no desenvolvimento dos cuidados, em suas intervenções e procedimentos, manifestaram que elas têm que parar e pensar. A postura vai refletir no modo como ensina e como educa, fazer com que isso se reflita na atitude do outro. Segundo Freire (1980, 1983), a ação-reflexão é um componente no qual o homem tem a capacidade de pensar, agir e refletir e, por isso comprometer-se. Com base nas idéias de Freire é entendida como um dos elementos do processo da práxis educativa, que vai permitir a conscientização do indivíduo, com a finalidade de desencadear uma ação transformadora. Porém, numa visão libertadora, esta contribui para a humanização dos homens, numa relação horizontal, através do diálogo, da participação, da ação-reflexão-ação, objetivando, sempre, a transformação da educação tradicional e/ou conservadora.

Nesta concepção, significa compartilhar o saber popular e o saber técnico, o diálogo e o caráter reflexivo e crítico sobre a realidade, comprometidos ambos enfermeira-cliente/cidadão com a transformação social.

Um aspecto importante nessa concepção é de que a dimensão educativa está interligada ao cuidado em meio as suas atividades rotineiras de procedimentos terapêuticos e de cuidados aos pacientes na unidade de internação. A enfermeira ao prestar cuidados ao paciente hospitalizado valoriza e estimula a independência e autonomia do cliente/cidadão, porque, só quando promove a liberdade do outro ela está educando.

Nessa perspectiva, cabe à enfermeira-educadora saber valorizar o conhecimento do educando-cliente, pois como relata Freire (1977, p.35) [...] “não somos um grupo superior, ensinando a um grupo ou a uma pessoa ignorante. Somos porta-vozes de um saber relativo para outros que possuem outro saber relativo”. Concordo com Freire salientando que existe uma busca constante do homem pelo conhecimento, pois ele é um ser inacabado e nunca saberá tudo, a cada dia estamos aprendendo algo novo, porém, o mundo do trabalho é um constante vir a ser, aprendendo no fazer diário.

5.2.3 Características da Ação Educativa

A enfermeira, para cumprir de maneira satisfatória e comprometida a atividade educativa com a clientela durante a hospitalização, deve ser capaz de atender da melhor forma possível às necessidades e interesses ligados às questões da própria saúde do sujeito. Para tanto, nós enfermeiras devemos ter em conta as características de uma pedagogia que contemple a mudança e a renovação de nossas atitudes e posturas no cuidado educativo e assumir a importância do ‘papel de educadora’, na enfermagem, como instrumento de transformação social.

Nietsche (1998) apresenta as características da teoria crítica a partir da pedagogia da escola libertadora as quais podem ser assim anunciadas: o professor-enfermeira é um(a) mediador(a); o aluno/cliente é um cidadão singular e ontológico; a relação professor-aluno/enfermeira-cliente é horizontal; os conteúdos programáticos são a partir da realidade e das experiências vividas pelos pacientes, sendo que os próprios conteúdos são as necessidades e interesses manifestos por eles; a metodologia utilizada pelo educador-enfermeira é definida da vivência individual; os pressupostos de aprendizagem se dão a partir da codificação de cada situação real do cliente e o processo avaliativo preocupa-se com a superação do senso comum e com autonomia do próprio cliente.

Quanto às características da ação educativa das enfermeiras que prestam o cuidado no contexto hospitalar, as enfermeiras afirmaram que a educação em saúde é uma educação continuada no dia-a-dia; que depende da postura da enfermeira colocando-se como mediadora e facilitadora nessa relação horizontal. As afirmações aparecem nos seguintes relatos:

A educação em saúde é uma educação continuada no dia-a-dia. Uma atitude não deixa de ser uma educação, depende de minha postura, já estou educando a uma pessoa que está do meu lado (MADELEINE).

Durante o banho no leito o paciente dialoga e tira suas dúvidas fica à vontade para interagir estabelecendo uma relação dialógica e pautada no respeito (WANDA).

O paciente participa na coleta de gasometria fazendo bastantes perguntas, quando eu explico o procedimento, ele dialoga. Ele vai participar melhor na hora que eu for coletar, se eu explicar... (ROSEMARY).

A educação para a saúde é tudo o que a enfermeira faz, assim como a higiene do paciente ela já está fazendo uma educação. Estar orientando porque o paciente precisa ir ao banheiro, fazer a higiene da boca, escovar os dentes, tomar um banho porque ele é boa e limpa o corpo. (CALIXTA).

Algumas enfermeiras expressaram as características da ação educativa através dos conteúdos das orientações, explicações e esclarecimentos sobre as intervenções e procedimentos realizados no cuidado hospitalar por elas, manifestando a idéia de facilitadora, domesticadora/transmissora devendo o cliente aceitar passivamente o que a profissional diz nesse processo educativo. Isso pode ser visto nas falas a seguir:

...acho que ação educativa é retorno. No outro dia estou aqui, daí eu já vejo se o que eu falei ontem ele se lembra e sabe então ele está fazendo o que a gente orientou (MADELEINE).

Na orientação pré-operatória o paciente vai para cirurgia amanhã, antes quando ele já se internou ele já sabe qual cirurgia que vai fazer, eu oriento... Cirurgicamente esclarecer todas as dúvidas com relação ao ato cirúrgico, dúvidas em termos de anestesia, o cuidado depois como é que ele vem, se vem com sondas como ele vem... (JEAN).

Na administração da Sonda Foley, indicada pelo médico, porque o paciente não está urinando, a enfermeira deve explicar ao paciente que precisa coletar o material para exame. Ele não consegue controlar a urina, usa fraldas. Nos homens é fácil, coloca-se um coletor adaptado à camisinha, fica fácil coletar. Mas, na mulher não tem como, você é obrigada a passar uma sonda de alívio, para poder coletar este material ou porque ela vai para cirurgia. Tem que explicar e orientar por que está fazendo (CALIXTA).

Outra característica da ação educativa no cuidado enquanto à maneira de educar-cuidar ao cliente, diz respeito ao método utilizado pela enfermeira no processo educativo, a mesma evidenciou-se nas falas:

Durante o banho de leito, estar orientando o paciente em relação às maneiras de cuidar do seu corpo, a movimentação, a importância da pele, importância da higiene... O banho de leito é uma técnica interessante porque ele é momento de muita intimidade, a gente está tocando no corpo, a pessoa está nua (WANDA).

No curativo de abdômen, além da questão técnica em si, o próprio paciente precisa saber por que ele foi cortado, a gente então orienta a forma que ele precisa para estar se cuidando e ajudando a cuidar da ferida operatória. A

educação para a saúde ajuda o paciente sentir-se melhor, mesmo estando com uma incisão cirúrgica. (DOROTHEA).

...uma coisa que é bem evidente é na Alta Hospitalar. O paciente procura fazer o possível. No dia-a-dia, quando a gente vê que a alta vai se aproximando a gente vai fazendo educação para a saúde diária, isto é dar informação e orientação para que ele consiga se autocuidar lá no domicílio... (ROSEMARY).

Por exemplo, no uso da insulina, quando vai administrar já aproveita para ensinar a auto-aplicação e orienta quanto a importância, efeitos, locais para realização, rodízio, etc. (JEAN).

As enfermeiras, pelos seus depoimentos, também demonstraram ter concepções diferenciadas acerca da educação, e mais diretamente, da educação em saúde. Afirmaram que a educação em saúde é uma educação continuada no dia-a-dia; que depende da postura da enfermeira colocando-se como mediadora e facilitadora nessa relação horizontal. Nesse sentido, a educação libertadora, para Freire, funda-se, justamente na relação dialógico-dialética entre educador e educando para o caso enfermeira-cliente; ambos aprendem juntos, isto baseia-se na criatividade e possibilita uma reflexão e uma ação crítica sobre o contexto real, comprometidos com essa transformação social.

Gadotti (1991) deixa claro que os homens não têm simplesmente a função de escutarem docilmente sendo só meros objetos dessa educação, eles têm um objetivo maior: tornarem-se sujeitos do processo que rompe com esquemas verticais, característicos de uma educação conservadora ou tradicional, para assim, superarem essa contradição e permitirem uma relação de diálogo, de caráter autenticamente reflexivo e crítico e, na qual a pessoa se perceba como responsável por sua realidade.

Freire (1994 a) em contraponto faz a crítica à educação bancária ou da educação do opressor e diz que não se pode aceitar uma concepção mecânica da consciência e o respeito à liberdade do educando é condição essencial para essa tarefa. Ressalta Freire que a educação não pode ser apenas uma simples transferência ou depósito de conhecimentos e valores aos educandos, meros clientes à maneira opressora. Assim, a educação libertadora coloca a exigência da superação da contradição educadora-educando, enfermeira-cidadão, tornando possível a relação dialógica.

A enfermeira necessita rever a sua prática cuidativa e redefinir seu papel profissional no aspecto educativo. O nosso desafio consiste em elaborar uma tecnologia educacional que seja capaz de contemplar uma realidade objetiva e assim atuar sobre ela. Concordo com Nietzsche (1998) quando relata uma pedagogia na qual a enfermeira contemple como características da mesma, a educadora-mediadora; o educando-cliente; a relação horizontal enfermeira-cliente/cidadão; os conteúdos da experiência vivida ou situação real; a metodologia que utiliza a enfermeira-educadora que gere o ensino-aprendizagem e o processo avaliativo do cuidado-educativo vivenciado na prática assistencial.

No entender de Waldow (2005, p.37), “há necessidade de um trabalho constante de mobilização para conscientização da enfermeira, no sentido dela assumir uma posição de envolvimento, de crítica e de reflexão sobre sua prática e sobre sua ação de ser e estar num mundo de relações”. Trata-se de uma mudança, como já referido anteriormente, adotando modelos inovadores que priorizem o cuidado, a troca de experiências entre enfermeira-cliente, pois sempre é necessário buscar meios e formas para transmitir conhecimento e práticas que valorizem o cuidado humano nessa dimensão educativa.

5.2.4 Fundamentação Teórica da Ação Educativa, os Tipos de Educação e o Processo Ensino-Aprendizagem

As enfermeiras, ao serem questionadas sobre como fundamentavam as ações educativas que desenvolviam na unidade, e como educavam durante esse cuidado que elas prestavam aos clientes na hospitalização, responderam que suas ações educativas estavam embasadas em diferentes referenciais.

Algumas Enfermeiras destacaram a pedagogia de Freire, a qual se fundamenta na relação dialógico-dialética entre educador-educando; ambos aprendem juntos, “baseia-se na criatividade e possibilita uma reflexão e uma ação crítica sobre a realidade, comprometida com a transformação social” (1993 a, p. 151), como mostram os depoimentos a seguir:

O cuidado da enfermeira sempre precisa de um modelo educativo. A enfermeira utiliza um pouco Paulo Freire, as teorias construtivistas e a partir da troca de saberes, troca de experiências e conhecimentos... (WANDA).

Um pouco mais arraigado em mim, àquilo que é a teoria de Freire, daquilo que o próprio paciente já sabe. A gente acaba dirigindo dentro daquilo que ele sabe e trabalhar a questão da educação em saúde. Paulo Freire, aquilo que eu te falei... (DOROTHEA).

A enfermeira fundamenta as ações cuidativas utilizando a concepção da educação de Paulo Freire. Porém, procuro me manter aberta para outros saberes. As ações educativas estão fundamentadas na teoria de Paulo Freire, mas, também, creio que o ser humano é capaz de tomar suas próprias decisões quando devidamente esclarecido (JEAN).

Um aspecto importante frisado por Freire (1994, p.26), característico de uma visão crítica da educação é que “cada um de nós é um ser no mundo, com o mundo e com os outros. Viver ou encarar esta constatação evidente, enquanto educador ou educadora, significa reconhecer nos outros (...) o direito de dizer a sua palavra”. Direito tal que corresponde ao nosso dever de ouvi-los corresponde ao direito que igualmente temos de falar com as(os) cliente/cidadãos, concretizando desta forma uma relação dialógica entre enfermeira-cliente.

Numa concepção de educação libertadora, a educação já não pode ser só o ato de depositar, narrar ou de transferir e transmitir conhecimentos e valores aos cidadãos-educandos, meros clientes, à maneira bancária, que serve à dominação do outro. A educação libertadora coloca a exigência da superação da contradição educador-educando (enfermeira-cliente) tornando possível a relação dialógica como essência da educação que serve à libertação.

Também, afirmaram as enfermeiras que as ações educativas estavam embasadas na ética e nos princípios da bioética, conforme o relato aponta:

...as ações educativas fundamentadas nos princípios éticos e, princípios da bioética e na autonomia. A ação educativa, no cuidado, é a implementação de ações que forneçam ao indivíduo e/ou paciente condições de autonomia e liberdade. A educação em saúde é uma ação educativa no dia-a-dia, através da troca de experiência, troca de fazeres e conhecimentos (WANDA).

Acredito que o comportamento moral e a ética influenciam na formação e na prática dos profissionais, assim, o respeito pelos cidadãos precede o cuidado na relação enfermeira-cliente. O cuidado não é possível quando não existe respeito e conseqüentemente a enfermagem não é possível quando inexistente cuidado.

Hoje a ética torna-se cada vez mais parte fundamental do exercício da enfermagem porque se estende ao respeito à pessoa como cidadã e como ser social, enfatizando que a essência da bioética é a liberdade (COSTA, MACHADO; KOERICH, 2005). A ética da responsabilidade e a bioética conduzem a responsabilidade para com as questões do cotidiano e das relações humanas em todas as dimensões desde que tenhamos uma postura consciente na arte de cuidar do outro como se fosse a si mesmo.

Costa, Machado e Koerich (2005, p. 108) destacam que a bioética se sustenta em quatro princípios são eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça ou equidade. O princípio da autonomia diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo, ele preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. Esta autodeterminação é limitada em situações em que pensar diferente ou agir diferente, não resulte em danos para outras pessoas. Aos profissionais de enfermagem, cabe procurar essa autonomia no conhecimento, ou seja, construir um corpo de conhecimento específico que possibilite maior autonomia no processo de cuidar, vinculando o pensar ao ato de fazer (COSTA, MACHADO, KOERICH, 2005).

Nesse estudo, as enfermeiras referiram que existem dois tipos de educação – uma formal e outra informal – quando realizam as ações educativas no cuidado hospitalar conforme os relatos apontam:

A enfermeira percebe a questão educativa de duas formas. A questão educativa informal, na hora que estou passando a visita, vou olhando o cliente, tentando tirar as dúvidas que tem no dia-a-dia, amanhã já tem outras dúvidas. ...A educação formal onde a enfermeira precisa estar-se preparando [...] Por exemplo: no pré-operatório o paciente vai para a cirurgia amanhã, preciso estar me instrumentalizando para capacitar o paciente. A educação formal acho mais difícil ela requer um pouco mais de tempo (DOROTHEA).

Saupe (1992) caracteriza a ação educativa da enfermeira em três áreas distintas e interligadas quais sejam: na educação formal ‘que prepara e qualifica pessoal nas escolas públicas e privadas; na educação continuada ‘que seleciona, admite, treina e atualiza recursos humanos nos locais de trabalho e, a ‘educação em saúde’ onde a autora inclui todas as tarefas e atividades educativas junto à clientela, sejam ações pontuais no cuidado, com orientações e palestras, ou programas permanentes intra e extra-hospitalares que com certeza, levam a resultados mais consistentes. A mesma autora diz que para se enfrentar uma mudança na prática de enfermagem é necessário superar aquele vazio provocado pela pouca visão em relação ao processo de ação e reflexão do enfermeiro (SAUPE, 1998).

Considerando-se a dimensão educativa como uma prática social e ressaltando o compromisso da enfermeira, acredito que nós, como agentes críticos, através de uma postura transformadora em nosso cuidado profissional, podemos fazer frente à educação formal-autoritária, que oculta a realidade do cidadão e a desumaniza. Portanto, uma opção por uma forma inovadora e crítica de educação para a saúde respalda-se não só na predominante inoperância dos métodos tradicionais, mas que isso, visualiza um caminho da práxis através da proposta de educação libertadora como fundamento da mesma.

As enfermeiras manifestaram que as ações educativas também possibilitavam uma explicação, uma orientação, um esclarecimento, privacidade e individualidade, bem como a ação refletida por meio do processo ensino-aprendizagem, conforme os relatos apontam:

O paciente esteja lúcido, orientado e deambulando, seja jovem ou idoso a enfermeira tem que explicar e orientar o porquê. É uma educação, é um procedimento educativo também, porque o paciente está sabendo, está esclarecendo o porquê está fazendo isso, apesar de ser desconfortável e estão expondo tanto homem ou a mulher às partes íntimas da pessoa, manuseando o paciente, mas é necessário a gente sempre explica... (CALIXTA).

O paciente fica internado uma semana. Tu tens tempo de ir tirando dúvidas, trabalhando; então desde a hora que ele te chegou vâis trabalhando essa parte educacional no dia-a-dia um pouquinho. Porque tu falas um dia, ele vai parar a pensar e depois vão surgir as dúvidas, então no próximo dia que ele estiver vai se sentar a tirar essas dúvidas com você e aí tu vâis poder ensinar (MADELEINE).

Os relatos das profissionais enfermeiras ainda revelam uma maneira conservadora e hierárquica de perceber a prática de educação em saúde ao se referirem nas falas, aos termos como explicar, informar, orientar, e assim o esclarecimento de dúvidas quando descrevem o desenvolvimento dos cuidados na sua prática assistencial.

Ao longo do meu viver profissional como enfermeira na área assistencial, especialmente em minha atuação como docente, um aspecto no ensino me preocupou sempre, a questão da distância entre o ideal colocado em sala de aula como o adequado e reconhecido pela comunidade científica de enfermagem e o real enfrentado pelos alunos de enfermagem nos campos de prática. Temos a obrigação, como docentes de uma escola de enfermagem, de lançar esforços no estudo do processo ensino-aprendizagem na assistência por meio do cuidado de enfermagem, com a intencionalidade de fornecer subsídios para o desenvolvimento de uma práxis educativa ligada ao cuidado comprometido com as transformações do contexto hospitalar, embasado nas necessidades reais dos clientes/cidadãos deste processo.

No processo ensino-aprendizagem não é possível ensinar nada sem conhecer a realidade vivida do cliente/cidadão. Isto é entendido como um processo educativo, que no âmbito hospitalar, considera o ensino e a aprendizagem duas facetas de um mesmo processo, onde ensinar significa possibilitar o desenvolvimento da consciência crítica e aprender significa libertar-se da alienação, buscando desta forma respostas criativas, e uma ação e reflexão autênticas sobre a realidade, com o intuito sempre da transformação da mesma.

Com este trabalho, pode-se obter subsídios para compreender a práxis educativa das enfermeiras no cuidado hospitalar, mais dialógico, criativo, ético e competente. Assim, mobilizar a consciência das profissionais enfermeiras para um compromisso com a práxis; uma práxis educativa que Freire (1980) coloca como prática da liberdade, como um ato de conhecimento, na qual há troca de saberes, troca de conhecimentos, troca de experiências, e uma aproximação crítica da realidade, enfim uma educação conscientizadora.

Nesse sentido, ressalta Freire (1980, p.39), que é “preciso que a educação esteja em seu conteúdo, em seus programas e em seus métodos, adaptada ao fim que se

persegue: permitir ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, fazer cultura e a história (...) O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la. Ninguém luta contra as forças que não compreende, cuja importância não mede, cujas formas e contornos não discerne...”.

Assim, justifico como uma iniciativa de contribuição na busca de algumas respostas para esta situação, que possibilitem delinear caminhos a serem testados, visando avanços, transformação desta realidade hospitalar, objetivando sempre a melhoria da qualidade da assistência por meio do cuidado na enfermagem, assim como do ensino.

5.3 A CONSCIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS E O NÍVEL DE PRÁXIS DAS AÇÕES EDUCATIVAS

As enfermeiras que responderam acerca da manifestação e/ou falta de consciência no cuidado e nas ações educativas desenvolvidas na prática hospitalar, foi perguntado qual a justificativa para tal, evidenciando-se as seguintes subcategorias: Inerência Educação e Cuidado. Consciência da Enfermeira sobre o Cuidado e as Ações educativas no cuidado. Razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado hospitalar (enfermeira-profissional, falta de recursos humanos, déficits na formação acadêmica, diretrizes curriculares). Os Modos Educativos das Enfermeiras e os Níveis de Práxis

5.3.1 Inerência Educação e Cuidado

A dimensão educativa pressupõe interação, porém argumento que as ações educativas da enfermeira pertencem e são inerentes e indissociáveis ao cuidado cotidiano da enfermagem. Para tanto, ela não precisa de um tempo específico para

realizar ou desenvolver atividades educativas com o cliente/cidadão. Porque a enfermeira tem constantemente a possibilidade de educar, já que a educação é um elemento que deveria realizar-se no dia-a-dia de suas tarefas e/ou atividades cuidativas no âmbito hospitalar.

Para Abbagnano (2003) segundo um significado predicativo se podem distinguir sob o termo inerente de modo geral: a inerência, que significa pertencer ou inerir. O termo inerência, do grego ὑπάρχειν, latim *Inesse*, significa/quer dizer de fato as relações entre a substância e sua essência necessária, ou entre a substância e suas outras determinações categoriais. Por exemplo; ‘Sócrates é homem’ significa que a Sócrates inere a essência homem.

Backes e Cartana (2006) destacam que é preciso compreender e prestar o cuidado na perspectiva de valorização da vida, uma vida cidadã, que reconheça a educação na promoção da mesma. As autoras destacam que torna-se pertinente o objetivo de construir enfoques que harmonizem cuidado e educação, enfrentando o desafio de construir o novo referencial de uma prática cuidativo-educativa, a exemplo de algumas reflexões teóricas existentes, que já apontam nesse sentido, ao enfatizarem que toda ação sanitária é uma ação educativa.

Por conseguinte, concordo com elas como imprescindível já que existe um envolvimento pessoal e profissional com o objeto comum entre o cuidado e a educação. Para isso, torna-se fundamental o aprofundamento e ao mesmo tempo as evidências dos entrelaçamentos através da pedagogia do cuidado e educação, levando assim a uma educação com cuidado.

Na subcategoria relativa à inerência da educação e cuidado da enfermeira na internação, as mesmas responderam conforme as falas:

A ação educativa é inerente ao nosso trabalho. A gente não consegue trabalhar na área sem trabalhar com a educação, mesmo que eu trabalhe numa área administrativa. Sempre vou trabalhar com a educação, com as pessoas, com a equipe... Para mim inerente é isso, então não tem como dissociar o cuidado, isso o cuidado ligado à educação. Ela é inerente ao trabalho do cuidado, demais disponível então a gente tem, assim talvez, de forma sutil ou implícita, mais dado instrumental para que a gente chegue mais próximo do paciente, ser tão gente quanto ele. O paciente é quem possibilita fazer o processo educativo (WANDA).

A ação educativa é inerente ao cuidado da enfermeira por que estar tudo junto é inerente. Sim, com certeza isso faz parte da humanização (DOROTHEA).

A ação educativa faz parte do cuidado. Ela deve ser durante toda a internação não só na hora da alta se o paciente fica internado uma semana tu tens tempo de ir tirando dúvidas, trabalhando então desde a hora que ele te chegou vais trabalhando essa parte educacional no dia-a-dia, um pouquinho. Porque tu falas um dia ele vai parar a pensar e depois vão surgir as dúvidas então no próximo dia que ele estiver vai se sentar e tirar essas dúvidas com você e aí tu vais poder ensinar... (MADELEINE).

Sim, por isso a ação educativa é importante no cuidado, porque tem relação uma coisa com a outra então, a partir do momento que a enfermeira presta um cuidado já está orientando, ensinando. A orientação junto com o cuidado se torna mais importante e o próprio paciente passa a dar mais importância para esse cuidado. Então a enfermeira está fazendo uma parte educativa diretamente ligada ao cuidado. A ação educativa e o cuidado são importantes porque os dois estão ligados e caminham juntos. Na enfermagem a educação e o cuidado têm que estar sempre juntos. Tu estás prestando cuidado ao mesmo tempo estás explicando ao paciente, ao seu familiar o porquê tu estás fazendo aquilo e junto com isso tu já estas ensinando ao paciente (ROSEMARY).

Eu acho que a educação é um componente inerente ao cuidado da enfermeira. Para mim é. Porque você faz o cuidado e também faz a educação o tempo todo, quando você faz o cuidado. Inerente quer dizer (caminhando juntos, a educação e o cuidado). A ação educativa faz parte do cuidado da enfermeira sim porque não adianta fazer o cuidado do paciente e não explicar para ele, para o familiar ou para o funcionário da unidade (CALIXTA).

Os relatos das profissionais enfermeiras revelam e reconhecem no discurso as ações educativas como inerentes ao cuidado da enfermagem. Porém, a enfermeira está consciente, então liga o pensar/teoria e o fazer-atuar/prática e reconhecem ditas dimensões educativas como importante, necessário, básico, essencial e inerente nos cuidados da enfermeira hospitalar. Isto, porque a inerência das ações educativas no cuidado da enfermeira poderá melhorar a qualidade na assistência por meio do cuidado no âmbito hospitalar.

5.3.2 Consciência da Enfermeira sobre o Cuidado e as Ações educativas no cuidado da enfermeira

Assim perguntei-me: Qual a consciência das enfermeiras sobre as ações educativas no cuidado da práxis hospitalar? De que maneira as enfermeiras

manifestam a consciência da dimensão educativa no cuidado hospitalar? Para isso, apresento o termo consciência construída a partir de vários autores segundo suas diferentes abordagens e pensamentos, pois acredito que eles permeiam a discussão que realizei a partir dos dados e resultados que encontrei na pesquisa.

De modo geral a palavra consciência, para Caldas (1974, p. 809), significa “sentimento do que em nós se passa; é o testemunho ou julgamento secreto da alma que aprova as ações boas e rejeita as más; é a voz da consciência; também é o cuidado extremo na execução de certo trabalho, é honradez-opinião”. Temos, assim, tais exemplos: com a mão na consciência, não tem consciência, isto me pesa na consciência, ser homem de consciência, teve tão pouca consciência, fazer exame de consciência, liberdade de consciência, etc.

Para Paixão (2002, p.384), a consciência caracteriza-se pelo abstrato de estado como “a capacidade de conhecer valores e aplicá-los nas diversas situações: se tratando de seres humanos, dotados de consciência e liberdade; julgamento interior que aprova ou reprova nossos atos; honradez e retidão; responsabilidade; cuidado; lucidez; conhecimento; capacidade de conhecer valores; percepção do que se passa em nós e a nosso redor; proba”.

Já a partir da perspectiva filosófica, Foulquié (1967, p.171), diz que a consciência deriva do latim *conscientia*, que na linguagem filosófica significa “conhecimento ou ciência compartilhada com (*cum*) outro”, em sentido mais amplo é a faculdade que tem o homem de conhecer imediatamente seus estados ou atos interiores, bem como o valor moral de estes engloba tanto a consciência intelectual quanto a consciência moral. Distinguem-se dois tipos de consciência, a consciência psicológica ou intelectual, onde ela é um sentimento ou intuição mais ou menos clara de aquilo que se passa em nós ou incluso fora de nós “saber que acompanha a atividade psíquica e a faz, presente assim mesma, graças a esta o sujeito sente que sente, conhece que conhece...”; e a segunda é a consciência moral que é a faculdade de emitir um juicio sobre o valor moral dos atos humanos, de esta maneira ter consciência da falta significa ter superado a mesma.

Consequentemente, o conhecimento que o sujeito tem de sim mesmo não é intuitivo, senão reflexivo, é dizer, luz que não se aparece a sim mesma senão na

medida em que se reflexa no objeto ao qual ilumina. Ou seja, a consciência é o ato inerente a todo pensamento de afirmar um objeto para um sujeito. No sentido amplo, se diz de todo conhecimento imediato, ter consciência é então, sinônimo de dar-se conta, ver, conhecer. Por isto, conhecer não é ter algo na consciência; ‘é ter consciência de algo’.

Na mesma abordagem filosófica, Jolivet (1975, p.52), distingue a consciência em duas dimensões: na primeira psicológica, em seu sentido subjetivo quer dizer “a função pela qual um indivíduo conhece seus próprios estados”, o autor a subdivide em: consciência espontânea ou simples – que significa o sentimento global da vida psicológica e consciência reflexa – pela qual o sujeito volta sobre si e se toma a si próprio por objeto. No seu sentido objetivo define-a como a matéria da vida psicológica ou conjunto dos fatos psíquicos, a consciência intencional – orientada para um objeto. Na segunda, a dimensão moral afirma-a como o “último juízo prático que enuncia o que é preciso fazer ou não fazer em função da lei moral”, na qual se concebe a idéia de ter a faculdade de discernir o bem do mal como sinônimo de sentido moral.

Neste enfoque, Brugger (1987, p.105) relata que para Kant o nome de consciência geral ou criticismo dava-lhe “ao → sujeito → transcendental do pensamento”. Posteriormente, a expressão assumiu diversas interpretações (idealismo), sendo que o idealismo alemão concebeu a consciência em geral como “uma essência autônoma, absoluta”. Já o neokantismo, não admitindo esta elevação da consciência em geral a realidade metafísica, considera-a como puro sujeito epistemológico.

Isto não é um sujeito real (psíquico ou divino), mas apenas a forma vazia geral de sujeito, que resta, quando se prescinde de todo conteúdo consciencial, aquilo que como sujeito cognoscente se opõe a todos os objetos, mas que nunca pode tornar-se objeto⁴.

A consciência para o autor significa uma espécie de saber concomitante [*conscientia*] acerca da existência psíquica própria e dos estados em que ela se encontra num dado momento. Isto é, o homem mediante um saber que as acompanha, pode

⁴ De modo idêntico forma Husserl o conceito de “consciência pura”, com a diferença que atribui a esta um ser absoluto, mas impessoal. Sem dúvida podemos, abstrair de nossa consciência individual um conceito universal de uma consciência cognoscente. Mas todo sujeito realmente cognoscente é necessariamente um sujeito individual. O autor afirma que a consciência em geral não pode de forma alguma tornar-se em objeto, tal afirmação contradiz não só a essência do → espírito, sendo perfeito o “retorno sobre si mesmo”, mas isto constitui uma contradição interna, já que a consciência em geral se torna efetivamente em objeto.

“vivê-las”, pode tê-las na conta das ‘vivências’ que lhe pertencem. A consciência reflexa perfeita projeta-se sobre os processos e estados psíquicos (consciência do ato), sobre o “estar-dirigido” a um objeto, o qual é próprio do ato (consciência do objeto), e também sobre o próprio eu, como o sujeito das vivências (consciência do sujeito, consciência do eu, autoconsciência) (p.106).

Por isso a consciência reflexa é aquela que faz com que possamos distinguir entre eu, ato e objeto, distanciar-nos, por assim dizer, deles e inquirir suas mútuas relações e o valor lógico-formal, epistemológico e ético dos atos para assim chegar a cultura intelectual.

Contudo vemos que o seu objeto direto e imediato é constituídos pelos atos psíquicos presentes considerados na sua individualidade concreta tais como: sensações, sentimentos, juízos, tendências, etc. Porém, a maior parte desses atos, contudo, dirige-se a determinados objetos ‘só podemos ver ou querer vendo ou querendo alguma coisa’ e, portanto, também esses objetos fazem parte do conteúdo da consciência, ao passo que, mediante os respectivos atos intencionais, de certa forma, nela penetram por ela se exprimem e com ela se identificam.

O dicionário Abbagnano (2003, p.185), segundo esta mesma abordagem ou visão filosófica, entre outras considerações nos diz que a consciência é “em geral, a possibilidade de dar atenção aos próprios modos de ser e as próprias ações, bem como de exprimi-los com a linguagem”, embora destaque que o uso filosófico desse termo tem pouco ou nada a ver com o significado comum (v.consciência), de estar ciente dos próprios estados, percepções, idéias, sentimentos, volições, etc. Quando se diz, por exemplo, que um homem ‘está consciente’ ou ‘tem consciência’, ele não está dormindo, desmaiado, nem afastado, por outros acontecimentos, da atenção a seus modos de ser e a suas ações.

Vásquez (1990, p. 193) relata que “a atividade da consciência, que é inseparável de toda verdadeira atividade humana, se nos apresenta como elaboração de finalidades e produção de conhecimentos em íntima unidade”. A atividade humana é, por conseguinte, atividade que se desenvolve de acordo com finalidades, e essas só existem através do homem, como produtos de sua consciência, pois, toda ação

verdadeiramente humana necessita certa consciência de um objetivo, objetivo que se sujeita a própria atividade.

Portanto o homem age conhecendo, do mesmo modo que se conhece agindo. A relação entre o pensamento e a ação requer a mediação das finalidades que o homem se propõe, sendo que estas não ficam limitadas a meros desejos ou fantasias, e são acompanhadas de uma vontade de realização, sendo que requer o conhecimento de seu objeto, dos meios e instrumentos para transformá-lo e das condições e possibilidades para a dita realização.

Afirma também o autor que a atividade da consciência de per si tem um caráter que podemos denominar teórico na medida em que não pode levar por si só, como mera atividade da consciência, a uma transformação da realidade, natural ou social⁵.

A consciência, entretanto, se amplia através da ação do homem, pela sua capacidade de modificar-se e modificar a natureza, alcançando a consciência pelo processo de abstração do conhecimento. Então, a consciência é a capacidade do homem de pensar, sentir, ter suas concepções, idéias, vontades e é o que permite ao homem compreender e assimilar tudo o que o rodeia.

Para Dorin (1978, p.62), a consciência segundo o enfoque psicológico é “um reconhecimento pessoal da própria condição e atos. É o que o indivíduo diz de si ou do que ocorre consigo mesmo”. O autor também aborda como processos conscientes são imagens, idéias, lembranças e sentimentos dos quais só o indivíduo tem ciência no momento em que estas ocorrem é sinônimo de ‘experiência’.

Para Warren (1982, p.59),

a consciência desde el punto de vista psicológico tiene cuatro significados; 1) el rasgo que distingue la vida psíquica, caracterizado diversamente como: a) percepción en general; b) efecto central de la recepción nerviosa; c) capacidad de tener experiencias; d) aspecto subjetivo de la actividad cerebral y, e) la relación del ‘yo’ con el medio ambiente. Ya en el 2) como la suma total de las experiencias de un individuo en un determinado momento; 3) la capacidad del individuo para conocer objetos externos e influir sobre ellos y el 4) la actitud del individuo hacia las implicaciones morales o sociales de su propia conducta, y que supone un juicio de valor.

⁵ Fala-se aqui do teórico num sentido amplo que abarca a esfera dos fins como dos conhecimentos. Nesse sentido, o teórico se contrapõe não de modo absoluto, mas relativo ‘ao prático’. Já no sentido mais restrito, o teórico – o domínio da teoria – se aplica a um conjunto de conhecimentos aglutinados em torno de um princípio unificador que os articula e sistematiza, constituindo assim um determinado campo científico.

Na abordagem das Ciências Sociais, Silva (1986, p.234) define a consciência como “o conhecimento reflexivo, ser consciente é apreender-se a si próprio de modo imediato e privilegiado”, isto decorre do fato que ela se apreende em termos de existência, identificando-se com o próprio psiquismo, ficando a proposta dessa forma, a dualidade envolvendo o subjetivo e o objetivo.

Sem dúvida, na realidade a enfermeira, reconhece as ações educativas como inerentes ao cuidado dela, e realiza aquilo que sabe e conhece no dia-a-dia como uma atividade rotineira e normatizante. A consciência é ter o conhecimento de si mesma, acerca de suas ações, atividades, intervenções e as tarefas educativas presente no cuidado ao cliente hospitalizado.

Verificou-se, na prática assistencial por meio do instrumento, que a práxis educativa poderia ser possível e factível no ambiente hospitalar. Porque é uma práxis essencialmente cuidativa-educativa que mobiliza as enfermeiras a tomar consciência do novo enfoque educativo no cuidado, e cada uma delas como participante ativa e comprometida com as novas tomadas de consciência. As mesmas podem rever refletir e provocar mudanças de atitude e comportamentos resultando em autonomia para o exercício profissional da enfermagem.

As enfermeiras ao responderem se elas têm consciência do cuidado e das ações educativas na internação evidenciaram que:

Existe consciência da ação educativa que realizo durante o cuidado que presto ao paciente sem. Porque sem consciência, não tem como a gente ser enfermeira... Isto é o grau de consciência que manifesto sobre as ações educativas na prática durante o cotidiano. A enfermeira manifesta a sua consciência do cuidado que oferece pautada em princípios científicos, nos estudos e no cuidado atualizado. Estando verdadeiramente em contato com o paciente (WANDA).

Sim, claro. A enfermeira tem consciência da ação educativa que realiza no cuidado. A consciência é justamente chegar à unidade e ter em mente tudo aquilo a ser feito durante a manhã. Primeiro é passagem do plantão, passagem da visita é um planejamento dos passos que a enfermeira deve seguir, assim como a metodologia e o caminho a seguir (DOROTHEA).

A consciência da ação educativa durante o cuidado na internação é no dia-a-dia. A ação educativa é feita automaticamente e muitas vezes a gente não percebe. Falta também a gente ter consciência da importância de registrar no prontuário do paciente essa ação educativa. Às vezes percebo e acho muito importante (ROSEMARY).

Como enfermeira eu estou consciente da ação educativa que realizo durante esse cuidado que ofereço. Claro, para realizar uma ação educativa a enfermeira precisa ser consciente. A minha consciência justamente é quando são ações planejadas, são atitudes que reconheço como parte do cuidado (JEAN).

Eu acho que a consciência da ação educativa é no retorno, no outro dia estou aqui daí vejo se o que falei ontem ele se lembra e então o paciente está fazendo o que a enfermeira orientou (MADELEINE).

A enfermeira demonstra a consciência da ação educativa no cuidado quando está orientando e dizendo o porquê dessa orientação que faz, porém é uma educação. Também pelo reflexo que vê no dia-a-dia a maneira como você age. A enfermeira também tem consciência da ação educativa no cuidado hospitalar porque tenho bem claro que tudo que eu faço no cuidado, seja aplicando uma injeção, uma sonda, uma gasometria, uma higiene até trocar uma fralda no paciente tudo isso é um cuidado e ao mesmo tempo uma educação. A enfermeira é educadora, queira ou não para mim a enfermeira é uma educadora (CALIXTA).

Japiassú e Marcondes (1999, p.51) dizem que a consciência deriva do latim *conscientia* e a definem como “o conhecimento de algo partilhado com alguém”, ou seja, a percepção imediata mais ou menos clara, daquilo que se passa nele mesmo ou fora dele. Para eles também considerados como sinônimo de “consciência psicológica”. Os autores reconhecem dentro dela dois tipos: a consciência espontânea e a consciência reflexiva.

Por sua vez desde o ponto de vista moral para os mesmos autores a consciência “é o juízo prático pelos quais nós, como sujeitos podemos distinguir o bem do mal e apreciar moralmente nossos atos e os atos dos outros”, ou seja, a “consciência moral”, exemplo: quando dizemos que alguém tem “boa consciência” significa que possui um sentimento, fundado ou não, de ser irrepreensível nesse ou naquele ato de sua conduta geral (p.52).

Já a expressão *má consciência* é utilizada para designar o sentimento de mal-estar ou de culpa moral, de arrependimento ou de remorso, de um indivíduo que não conseguiu realizar bem como queria, ou não conseguiu realizar completamente seu dever, aquilo pelo que se julgava responsável.

As enfermeiras atribuíram a falta de consciência sobre as ações educativas na internação, conforme os depoimentos:

Falta de consciência é fazer sem pensar e sem refletir acerca do que está fazendo. A enfermeira o tempo que a gente poderia estar com o paciente fazendo essa educação, que é um processo lento, calmo, que se faz com tranqüilidade e demanda tempo, não é assim, nem é falta de tempo, eu acho que é a falta de consciência, de orientação da enfermeira, o quanto isso é importante e acabam só nas atividades assistenciais, acabam secundários os aspectos educativos pela falta de consciência... (WANDA).

A ação educativa é feita automaticamente e muitas vezes a gente não percebe. Falta à gente ter consciência da importância de registrar no prontuário do paciente essa ação educativa às vezes percebo e acho muito importante (ROSEMARY).

Não sei se a educação em saúde é uma ação educativa. Eu fico meio na dúvida, acredito que sim, mas eu sei que tem suas diferenças, mas não sei a Educação em saúde (MADELEINE).

Quando chama a família para ela aprender a dar um banho você vai demorar mais tempo para executar esse banho porque vai ensinar, mas essa família vai aprender e ajudar e vai demorar em reinternar esse paciente novamente. A intenção do familiar aprender, foi para ele perder aquele medo do paciente acamado. Hoje em dia, a maioria dos pacientes internados tem acompanhante (CALIXTA).

Será que a consciência não se manifesta? Ou apesar de ter a ação educativa presente no cuidado da práxis hospitalar, a enfermeira não tem consciência do desenvolvimento da dimensão educativa no cuidado? A enfermeira tem uma dimensão educativa ‘presente’ nos cuidados cotidianos na unidade hospitalar, mas como ‘não tem consciência’?

Para os autores Japiassú e Marcondes (1999, p.52) a tomada de consciência “é o ato pelo qual a consciência intelectual do sujeito se apodera de um dado da experiência ou de seu próprio conteúdo”. Acredito que a consciência não manifesta pode nos auxiliar a apreender melhor sua realidade subsidiando o nosso exercício profissional.

Para direcionar esta pesquisa considero também os níveis de práxis, segundo Vásquez, como o referencial filosófico apropriado, pois são os critérios que analisaram e discutiram os dados e informações sobre o grau de consciência da profissional enfermeira acerca da dimensão educativa no cuidado.

5.3.3 Razões e dificuldades que impedem às enfermeiras para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado hospitalar

Assim perguntei-me: Por que a profissional enfermeira tem ‘falta de consciência’ ou ‘não tem consciência’ das ações educativas na práxis do cuidado hospitalar? Será que a enfermeira ‘tem consciência’ da ação educativa, mas ela ‘não está presente’ no cuidado hospitalar? De que maneira tem consciência da dimensão educativa, mas ela ‘não está presente’ no cuidado?

A dimensão educativa é um componente interativo, que liga, cria laços entre as pessoas, no caso, enfermeira-cliente/cidadão, porque através dela descobre-se as expectativas dos clientes; o que ele sabe sobre sua doença, o que ele quer saber acerca dos procedimentos e intervenções e, o que deve saber acerca do seu tratamento nesse momento existencial durante a hospitalização.

Radünz (1999, p.91) enfatiza que precisamos aprender a estabelecer prioridades, isto é, dizer não para inúmeras tarefas, funções, papéis, que muitas vezes nos dizem que só as enfermeiras teriam a capacidade para executá-las. Bem como, para um uso mais racional do tempo. Concordo com a autora, em conseguir dedicar esse tempo suficiente às pessoas ou clientes de nossa rede de suporte na unidade hospitalar. É importante destacar que as enfermeiras estão expostas a várias cargas de trabalho no seu cotidiano.

Nessa subcategoria as enfermeiras manifestaram o aspecto enfermeira-profissional como uma dificuldade para o desenvolvimento das ações educativas das mesmas no cuidado durante a internação, conforme podemos observar nos dizeres:

As dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado da enfermeira tais como: a falta de tempo, das enormes atividades ou tarefas sobrecarregadas e as de outras áreas... A educação é um processo que é lento, tranquilo e demanda tempo... (WANDA).

Dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas são: a falta de planejamento, eu não acho que seja a falta de tempo. A enfermeira não sente não se organiza não se planeja para poder fazer educação para a saúde. No meu ponto de vista daqui a pouco a gente está achando que nós enfermeiras estamos trabalhando como máquinas, nem falo nada para o paciente, nem explico, nem ensino, não oriento, nem sequer peço permissão para fazer o cuidado... A enfermeira poderia pegar um numero de pessoas e selecionando o tipo de cirurgia e quais os cuidados que o paciente deve ter

com aquele tipo de cirurgia para realizar uma ação educativa. Se a gente tivesse um pouco mais de planejamento que é o que falta, eu vejo assim... (DOROTHEA).

Sim, existem dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado, como a falta de tempo, o fato de não ter tempo para explicar detalhadamente e fazer uma coisa programada. A gente fazia isso um tempo atrás, a orientação pré-operatória, pós-operatória. Isso é realmente uma atribuição da enfermeira, planejar e atuar em cima da orientação pré-operatória e pós-operatória, tudo isso faria que o paciente tivesse uma melhor recuperação e menos complicações. A gente está fazendo muitas coisas que poderia fazer um outro profissional, tu acabas fazendo muita coisa em pouco tempo. (MADELEINE).

Existem algumas dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas durante o cuidado da enfermeira. Às vezes o paciente não entende, pela cultura diferente, o grau de instrução dele, a sua condição social. Existe pouco pessoal, às vezes tu tens essa vontade de ter um tempo exclusivo para essa educação. A falta de tempo, mas tu tens todo um serviço para dar conta dele e para tocar, educar, orientar e tu estás com pouca gente para fazer tudo isso... Nem sempre a gente percebe isso, às vezes no corre e corre do dia-a-dia, muitos pacientes, muitos detalhes, às vezes tu acaba pecando e passando alguma coisa (ROSEMARY).

O cuidado direto da enfermeira ao paciente/cliente através da responsabilidade de toda a unidade. As enfermeiras delegam suas funções e atividades de assistência direta para a equipe técnica de enfermagem... A enfermeira acaba sendo uma educadora porque, os demais profissionais e alunos que atuam na clínica médica sempre vêm tirar dúvidas. Tem pessoas (algumas colegas de enfermagem) que falam mais eu não sou professora, mas quando você optou por trabalhar no hospital universitário você sabia que estava num hospital-escola. Então você é obrigatoriamente uma educadora e apesar de não ter um título de professora você é uma educadora dentro do hospital universitário (CALIXTA).

O conhecimento das enfermeiras sobre educação é fragmentário, assim também o é a prática educativa das mesmas. As enfermeiras participantes da pesquisa defendem a necessidade de um tempo para fazer educação justificando que a educação é um processo lento.

Nas condições de trabalho, um dos aspectos diz respeito aos recursos humanos na enfermagem. Nesse sentido Matos e Pires (2002, p.195) apresentam como um dos aspectos destacados na pesquisa desenvolvida pelas autoras “a situação de recursos humanos – os trabalhadores entendem que algumas unidades têm um déficit de pessoal importante, em função das demissões sem reposição; a mudança de perfil do paciente

atendido pelo serviço e do elevado índice de absenteísmo, que dificulta o gerenciamento de pessoal”.

Buscar encaminhamentos e construir alternativas de soluções que levem a uma melhora das condições de trabalho com respeito à falta de recursos humanos é importante e necessária. É preciso pensar nas profissionais enfermeiras não de forma abstrata, mas de modo concreto no seu cotidiano, ao viver o enredo das relações necessárias para o desdobramento das suas forças existenciais tanto no plano pessoal quanto no plano profissional. Assim como, o desenvolvimento de práticas que estimulem a valorização das enfermeiras sejam estas relacionadas com suas condições de trabalho e o gerenciamento do trabalho.

Nesta subcategoria as enfermeiras destacaram a ‘falta de recursos humanos’ na unidade como algumas das razões que dificultam o desenvolvimento das ações educativas durante o cuidado hospitalar, conforme surge nos seguintes depoimentos:

Falta de outros profissionais bem preparados para atuar em determinadas áreas fazendo atividades básicas como administrativas (WANDA).

Existe pouco pessoal, às vezes tu tens essa vontade de ter um tempo exclusivo para essa educação. Deveria ter mais condições de a gente poder ter e desenvolver mais educação, mais cuidado isso tudo junto. A falta de pessoal e falta de tempo dificulta muito... (ROSEMARY).

O cuidado direto da enfermeira ao paciente/cliente através da responsabilidade de toda a unidade. As enfermeiras delegam suas funções e atividades de assistência direta para a equipe técnica de enfermagem... (DOROTHEA).

Outras razões apontadas pelas enfermeiras dizem respeito aos déficits identificados na formação acadêmica.

Para Gadotti, Freire e Guimarães (1989), dentro desta perspectiva libertadora, o educador assume a dimensão política de seu papel, colocando-se como conhecedor de algo a ser desvelado, assumindo junto com o educando a apreensão do próprio método de conhecer. Penso que estes autores conceituam e analisam que o educador(a) deve possibilitar a aprendizagem através do desafio e da colaboração, da comunhão do método, partindo do que a população estudantil sabe e percebe do mundo e de seu próprio papel na história.

A insipiente presença de um projeto político-pedagógico construído coletiva e conscientemente, com vistas à formação de um profissional de enfermagem crítico e transformador na área assistencial, ainda perpetua a tendência à reprodução do modelo assistencial.

Penso que se precisa de uma reflexão crítica que seja capaz de impedir uma educação meramente reprodutora, voltada para as necessidades impostas pelos grupos dominantes. Porém, essa reflexão deveria incluir a participação do aluno/profissional em formação e deveria passar também pela análise e reflexão do papel da(o) enfermeira(o) nas instituições. Enfatizo, que certamente deverão ser incluídas na formação deste profissional, abordagens acerca de conceitos educativos, modelos e valores ético-políticos que levam a uma transformação efetiva na prática assistencial.

Segundo Loureiro e Vaz (1999), em última instância, o que se quer é um ensino capaz de formar um profissional engajado no processo de transformação do sistema de saúde e das condições ou desigualdades sociais do país, um profissional que seja um agente de transformação social. O que implica em um projeto político-pedagógico que vislumbre uma educação transformadora aliada ao conceito de saúde e, que se desenvolva a ética da responsabilidade e da solidariedade na busca de formas alternativas de ‘fazer saúde’.

Nessa subcategoria as enfermeiras manifestam os déficits na formação acadêmica como um dos determinantes que dificultam o desenvolvimento das ações educativas da enfermeira no cuidado durante a internação, conforme podemos observar nos relatos:

Falta de importância dos docentes acadêmicos na preparação do estudante de enfermagem para o desenvolvimento das ações educativas. A enfermeira não conhece se os demais professores proporcionam instrumental suficiente para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado (WANDA).

O que eu acho é que atualmente os estágios estão muitos quebrados, é pouco tempo de estágio para fazer na enfermagem... Às vezes quando passam estão pela sétima fase, eles falam assim, mas ainda não estou segura, eu sempre oriento os que têm vontade, peçam e solicitem estágio extracurricular aqui no CEPEN, para poder vir com a gente e uma enfermeira da clínica fica responsável por elas, porque aí elas aprendem muito, porque estão na prática mesmo, aí vão fazer técnicas, procedimentos; para treinar, a gente assina um documento no CEPEN elas fazem 60 – 90 horas estágio extracurricular e a gente sempre orienta que

sempre vão trabalhar com a enfermeira junto. ...Sugere a enfermeira para as professoras reverem os estágios, porque está muito quebrado, o aluno deve ter mais tempo disponível para se sentir bem seguro... As professoras muitas vezes não têm essa prática que a enfermeira tem de 20 anos, então, às vezes você tem que ajudar as professoras elas têm a teoria e nós temos mais a parte prática... (CALIXTA).

No curso de Graduação de Enfermagem se mencionava muito pouco a ação educativa no cuidado, simples, se preocupava mais com a técnica (MADELEINE).

Os currículos dos cursos estão vinculados a modelos teóricos, a concepções pedagógicas e filosóficas ou a abordagens/paradigmas que fundamentam e direcionam sua prática, também se pode reafirmar isto na área do ensino da enfermagem.

O que se pode vislumbrar para a prática do currículo? Não se tem uma clareza de como o currículo será construído com o fundamento no novo paradigma, se está em ênfase de transição, mas uma das tendências de mudança que se pode detectar com mais clareza é pensar no currículo como processo. Então, sendo o currículo um processo, ele é também dialógico e transformativo, enfatizando as interações próprias para cada situação.

Para Doll (1997), a interação é uma das características principais. Os componentes do currículo não são definidos isoladamente, mas em termos de suas relações umas com as outras e com o todo. Diz o autor que a interatividade enfatiza a “criação do conhecimento, não a sua descoberta, a descoberta do conhecimento que já existe e está “lá fora”, na natureza, imutável, inalterável, sua negociação, não a sua verificação”(p.141).

Segundo Reibnitz e Prado (2006, p.196), no Brasil, as “Diretrizes Curriculares consistem numa terminologia que está sendo adotada pelo MEC para substituir o que até a vigência da Lei 9.394/96 era denominado de Currículo Mínimo. Esta substituição se dá diante da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação em 1996, que pressupõe uma liberdade maior para as escolas, no sentido de organizar seus currículos voltados para sua realidade, sem as amarras características dos currículos mínimos”.

Assim, estas novas diretrizes deveriam contemplar componentes e recursos de fundamentação essencial para cada campo do saber, área do conhecimento ou

profissão, com o objetivo de promover no estudante ou aluno a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Waldow (2005) destaca que o currículo de enfermagem com enfoque no cuidado, impõe embasá-lo em modelos ou em teorias de cuidado. O paradigma, contudo, é outro daquele que tem sustentado de modo geral idéias e programas educacionais na saúde, isto é, de um paradigma positivista, passa-se a um paradigma holístico, humanista ou ecológico, qualquer desses implica mudanças drásticas. As disciplinas de um programa curricular que enfoque o cuidado deverão, por sua vez, refletir sua filosofia, o que modifica mais do que os conteúdos, são as atitudes e as posturas docentes.

Concordo com a autora, porque necessitamos como professoras, na área do ensino de enfermagem, fazer uma escolha, isto é, se nós aceitamos a abordagem do cuidado, se ela se harmoniza com a nossa maneira de ver e se faz parte de suas crenças e valores. Isto não é que as pessoas não sejam sensibilizadas e mudem, adotando novas posturas, o que é aconselhado é que as mudanças desejadas, não sejam forçadas, porque incorrerá em atitudes e comportamentos contraditórios.

Na subcategoria as enfermeiras se manifestaram sobre as diretrizes curriculares como uma das dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas na unidade, conforme podemos observar nos relatos:

As diretrizes curriculares na enfermagem para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado da enfermeira são insuficientes... Acho que os alunos na parte de graduação perdem um pouco essa visão. As mudanças de currículo têm sido muito freqüentes, tentando fazer uma coisa aberta, fugindo um pouco desse direcionamento (ROSEMARY).

As diretrizes curriculares da enfermagem têm muito pouca estrutura para o desenvolvimento de atividades educativas. Também, faz muito tempo era outro currículo, que faltava mais embasamento para poder atuar numa certa educação na saúde. Porque na graduação acho que é deficiente. Aí através do curso que tu fazes, de treinamentos, capacitação para tu poderes realmente desenvolver e atuar... (MADELEINE).

Acho que as diretrizes curriculares estão sim, tem muitos grupos que desenvolvem, eles fazem durante o estágio. Alguns grupos na 6ª fase, eles fazem assim, por exemplo: chamam alguns pacientes diabéticos e dão orientação e aos hipertensos, eles chamam também as famílias junto com os pacientes e fazem orientação, outros não. O que eu acho é que atualmente os estágios estão muito quebrados, é pouco tempo de estágio para fazer na enfermagem, vão fazer falta futuramente quando eles forem

profissionais, se fizermos um estágio assim bem mais puxado, fazendo técnicas, a gente sai sem dificuldade. Às vezes quando passam estão pela sétima fase, eles falam assim, mas ainda não estou segura, eu sempre oriento os que têm vontade, peçam e solicitem estágio extracurricular aqui... (CALIXTA).

Nas diretrizes curriculares não existe uma disciplina específica para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado (WANDA).

A enfermeira diz que as diretrizes curriculares estão estruturadas para o desenvolvimento de ações educativas no cuidado (JEAN).

Nessa subcategoria as enfermeiras manifestaram ter ainda uma visão que diz respeito à inerência entre o cuidado e a educação e dever-se-ia desenvolver uma disciplina específica sobre a mesma. Existe uma dicotomia disciplinar, porque essa ligação e articulação do cuidado e ações educativas devem estar embutidas durante toda a assistência por meio do cuidado da enfermeira na internação, pois não dá para pensar que o currículo tenha uma disciplina segmentada entre cuidado e educação.

5.3.4 Os Modos Educativos das Enfermeiras e os Níveis de Práxis

Acredito que uma das perspectivas de transformação da práxis de enfermagem seja através da construção do enfoque sobre a consciência da inerência entre a educação e o cuidado. Assim, nesta caminhada, por meio de leituras, eventos, disciplinas, estágios, pesquisas e outros, encontrei muitas pessoas, colegas, que compartilharam comigo e que me deram força e entusiasmo para prosseguir o desenvolvimento da temática da pesquisa escolhida.

Para Vásquez, “o objeto da prática pode ser a natureza, a sociedade que os homens reais, segundo determinadas necessidades de transformação onde o resultado é uma nova realidade”. É nesse sentido, que a enfermagem pode ser interpretada como uma unidade de práticas produtivas, social e científica. Interpretada como prática científica porque em seu desenvolvimento reforça ou reformula a teoria que sustenta suas concepções norteadoras da prática.

Concordo com Vásquez quando coloca a educação como um instrumento de práxis, pois cria condições necessárias para a transformação social, determinando

finalidade e guiando as ações. Já em relação à prática educativa pode ser este um instrumento, enquanto possibilita o aumento da potencialidade individual e/ou coletiva, e, conseqüentemente, contribui para reforçar sua autonomia e sua capacidade de enfrentamento.

Vásquez (1990, p.91) apresenta a práxis como “a atividade prática social, transformadora, que corresponde às necessidades práticas e implica um certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz”. Para ele, a finalidade que impulsiona e orienta a prática é elaborada com antecipação, como um produto a ser alcançado através da ação transformadora.

Para Gadotti (1991, p.155), a práxis é “a união que se deve estabelecer entre o que se faz (prática) e o que se pensa acerca do que se faz (teoria)”. Conhecida também na concepção marxista como a filosofia da práxis. Assim reflito quando manifesto que a assistência de um modo geral, e particularmente na enfermagem, é um serviço em que o trabalho não se concretiza em coisas materiais, como seu produto, senão em mudanças que resultam em bem-estar, equilíbrio e saúde, os quais embora estes sejam concretos e evidentes, são só experimentados pelo próprio cliente/cidadão que foi na procura desta assistência e principalmente do cuidado.

Dos dados desta categoria, emergiu uma quinta subcategoria, sobre os modos das enfermeiras nas ações educativas como aspectos positivos conforme os depoimentos:

A enfermeira fundamenta as ações educativas com base na leitura e trabalhos acadêmicos (DOROTHEA).

As ações educativas são orientadas naquilo que se estuda continuamente nos cursos de atualização da instituição no Hospital Universitário. Na prática profissional, no dia-a-dia, trocando informações e convivências... (ROSEMARY).

As ações educativas que realizo no cuidado estão fundamentadas e embasadas nos conhecimentos e no aprendizado durante a graduação, cursos, eventos e programa de pós-graduação... (MADELEINE).

Por outro lado, há algumas evidências, na coleta de dados, no estudo onde as enfermeiras demonstraram por meio dos depoimentos, falas, relatos e dizeres, de diferentes níveis de práxis tais como: transformadora/criadora, reiterativa/imitativa e

reflexiva ou espontânea, seja no cuidado das enfermeiras na unidade hospitalar ou na realização das ações educativas durante o cuidado em regime de internação.

A práxis humana se situa simultaneamente na esfera da consciência (subjetivo) e da ação (objetivo). Já, a prática é uma atividade consciente, mas diferentemente da técnica, não utiliza a teoria como um código preliminar onde o objetivo se alcança como um saber já aprendido. A práxis se dá numa prática que desvenda ao mesmo tempo em que transforma. Esta se sustenta sobre um saber, sempre fragmentário e provisório. A elucidação e a transformação do real sempre progredem, na práxis, num constante condicionamento recíproco.

Por isto, concordo com Vásquez, que a práxis não pode ser considerada uma prática puramente material, nem puramente teórica, mas ‘exige um constante ir e vir de um plano a outro, o que só pode ser assegurado se a consciência se mostrar ativa, em todo o processo, onde a teoria e a prática convergem num ponto que é o produto objetivo como a expressão de sua unidade.

A práxis transformadora é aqui concebida como a ação que cria algo novo através da intervenção da consciência e da prática humana, porque existe neste nível de práxis uma unidade indissolúvel, no processo prático, do interior e o exterior, do subjetivo e o objetivo; bem como a indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado e, a unicidade e irrepetibilidade do produto.

Pensar o cuidado e as ações educativas das enfermeiras no âmbito hospitalar enquanto práxis eu considero um desafio estimulante, porque nos convida a rever que nível de práxis e, particularmente, em que momentos a práxis criadora e transformadora predominam. Em que circunstâncias é possível o emergir da práxis transformadora? Reconhecendo sempre o exercício desta práxis criadora através de um agir consciente, ético e criativo da enfermeira como agente social de transformação.

Evidenciaram-se depoimentos sobre a práxis transformadora ou criadora nos cuidados através de atividades, intervenções e procedimentos realizados pelas enfermeiras nas unidades de hospitalização, conforme os relatos apontam:

O cuidado da enfermeira é essencial para si e para o outro porque sem o cuidado o trabalho da enfermeira pode ficar vazio e ter apenas um caráter utilitário. A ação educativa é um cuidado, ela permeia toda a atuação da

enfermeira na internação que pretende tornar o paciente e família independente para o autocuidado... (JEAN).

As professoras muitas vezes não têm essa prática que a enfermeira tem de 20 anos então às vezes a enfermeira assistencial tem que ajudar as professoras elas têm a teoria e nós temos mais a parte prática... Então, tudo isso é um cuidado e ao mesmo tempo uma educação. Para mim, a enfermeira é educadora, queira ou não, para mim a enfermeira que trabalha no hospital universitário é educadora... A gente tem uma divisão que, graças a Deus, os funcionários já têm uma autonomia, que é a Divisão do Cuidado Integral (DCI). Então nós somos geralmente cinco funcionários em cada turno. São divididos os 29 pacientes, e eles fazem essa divisão sozinhos. Há muito tempo atrás nós, as enfermeiras, fazíamos, então a gente só confere para ver se não houve sobrecarga. A gente dá uma olhada geral no nível de cuidado, se está bem a divisão, mas eles fazem a divisão diária para a semana toda. Só que o enfermeiro dá os cuidados mais complexos, os curativos mais complexos, uma sonda vesical, sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, esses cuidados mais complexos nós é que fazemos. E o cuidado tem toda uma técnica que é preconizada no HU (CALIXTA).

A consciência é chegar à unidade e ter em mente tudo aquilo a fazer durante a manhã. Primeiro passagem do plantão, passagem da visita é um planejamento dos passos, assim como a metodologia e o caminho a seguir... Aquilo que é a teoria de Freire, a gente acaba dirigindo dentro daquilo que sabe, conhece e assim trabalha a questão da educação em saúde. Paulo Freire, aquilo que eu te falei, tem lido muito... De um ano para cá eu fiquei como supervisora de uns alunos da universidade... (DOROTHEA).

Dividir porque tu és a enfermeira assistencial e coordenas uma equipe, não é aquela coisa eu mando e tu tens que fazer, tem que sentar junto. Um momento de lazer é tão importante com o funcionário, assim como o momento de tu sentar com o paciente/cliente e com o familiar/acompanhante e conversar... A enfermeira tenta sempre dizer ao paciente você entendeu o que o médico falou, ah não, ele falou um montão de palavrão. Então vai chamá-lo aqui e vamos esclarecer e não deixá-lo com dúvidas. Nem sempre a gente percebe isso, às vezes no corre e corre do dia-a-dia, muitos pacientes, muitos detalhes, às vezes tu acaba pecando e passando alguma coisa... (ROSEMARY).

O cuidado da enfermeira sempre precisa de um enfoque educativo. A gente sempre precisa, a principio utilizar um pouco Paulo Freire, as teorias construtivistas também, de um modo geral. A partir da troca de saberes, troca de experiências e a troca de conhecimentos... (WANDA).

A práxis reiterativa é concebida como reprodutora de nosso exercício profissional. Segundo Vásquez (1990), esta práxis é um nível mais inferior em relação à práxis transformadora e se caracteriza pela inexistência da indeterminação e a

imprevisibilidade do processo e do resultado, bem como da unicidade e irrepetibilidade do produto.

Concordo com Vásquez (1990), porque esta ação consiste em imitar e repetir uma outra ação, ela não produz uma mudança na realidade presente, ou seja, não produz uma nova realidade. Porque este nível de práxis não transforma criadoramente e não faz emergir uma nova realidade humana.

Evidenciaram-se depoimentos sobre a práxis reiterativa ou imitativa nos cuidados através de atividades, intervenções e procedimentos realizados pelas as enfermeiras nas unidades de hospitalização, conforme os relatos apontam:

A gente às vezes acaba sem perceber impondo e não deixa o paciente falar, colocar o que ele sente. Eu tento me policiar, breicar, para ver se não estou atropelando essa parte, e eu sempre explico para ele que pode perguntar. A maioria então acha que o médico que está aqui é que manda, a enfermeira é que manda (ROSEMARY).

Mais na prática. Na teoria eu não consigo ver, para me direcionar tenho a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, isso daí está estabelecido, tem toda a metodologia feita em cima da Wanda, aí a gente vai trabalhando em cima da teoria daí o cuidado que está eminente. No meu tempo era a Wanda Horta. ... Muitas vezes a tendência é a gente querer falar e vai direto, explica e depois fala se entendeu e qual é a dúvida. O primeiro contato realmente é explicando, falando e aos poucos vai vendo se ele entendeu, qual é a dúvida. Se ficou bem claro o que foi falado o paciente se sente mais seguro, a recuperação é bem mais tranqüila (MADELEINE).

Então, às vezes tem pessoas (colegas enfermeiras) que falam assim: ah, mas eu não sou professora, mas quando você optou por trabalhar no hospital universitário, obrigatoriamente você sabia que estava num hospital-escola então, você é obrigatoriamente uma educadora e apesar de não ter um título de professora, mas você é uma educadora dentro do hospital ...As ações educativas no cuidado da enfermeira estão fundamentadas na teoria de enfermagem da Wanda. O hospital universitário começou com um método de assistência para todos os profissionais de todas as áreas da saúde e a enfermagem (CALIXTA).

O cuidado hospitalar ainda é centrado na doença, nas normas e rotinas. No poder do saber técnico sobre o saber popular. Muitas vezes a enfermeira tem que deixar a beira do leito para poder dar conta de procedimentos burocráticos. ...Na minha graduação de enfermagem o enfoque era explicativo, ou seja, uma “educação vertical” e não dialogada. Isto também se refletia no cuidado do paciente (JEAN).

A família traz segurança ao paciente não do cuidado especificamente técnico, mas através de um cuidado afetivo, ou seja, o acompanhamento. Algumas enfermeiras às vezes têm esse pensamento, conotação, de falar para o familiar/acompanhante você fica aqui no hospital para fazer isto ou aquilo... Só que o enfermeiro dá os cuidados mais complexos, os curativos

mais complexos, uma sonda vesical, sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, esses cuidados mais complexos nós é que fazemos. E o cuidado tem toda uma técnica que é preconizada no Hospital Universitário...(DOROTHEA).

Ressalto a dimensão educativa da enfermeira como um exercício de práxis transformadora ou criadora/inovadora, para o ensino e a prática profissional de enfermagem, viabilizando assim os sujeitos envolvidos no processo, de modo a contribuir num processo formador para uma consciência crítica, reflexiva, uma prática humanizadora, ética e competente.

CAPITULO VI

A PRAXIS EDUCATIVA: COMO UMA POSSIBILIDADE NA CONSCIENTIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NO CUIDADO HOSPITALAR

Vásquez (1990, p.182) destaca que “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Isto significa que a práxis é uma atividade prática social refletida e, inovadora, que corresponde às necessidades práticas e envolve certo grau de conhecimento dessa realidade que transforma e dessas necessidades que satisfaz.

Segundo o autor, deve-se elaborar com antecipação a intenção a qual vai direcionar essa prática, como um produto, isto é o resultado real e definitivo, a atingir-se mediante essa ação transformadora. Podemos dizer que toda esta construção se dá através da consciência, onde, só através da própria prática assistencial por meio do cuidado e, do objeto real, ou seja, as ações educativas são passíveis de transformação. Produzindo-se o conhecimento que norteia e fundamenta a ação humana da enfermeira.

A práxis não pode ser considerada uma prática puramente material, nem puramente teórica, mas exige um constante ir e vir de um plano a outro, o que só pode ser assegurada se a consciência se mostrar ativa, em todo esse processo, onde a teoria e a prática convergem num ponto que é o produto objetivo como a expressão de sua unidade indissolúvel e inseparável nesse processo prático.

Segundo Freire, a práxis é entendida como uma reflexão profunda e uma ação que ocorrem de forma sincronizada em direção à transformação da realidade. Para isto, é preciso que essas ações educativas no cuidado sejam estimuladas pela consciência dos valores, atitudes, comportamentos, ética, compromisso, responsabilidade, humanização da profissional enfermeira no âmbito hospitalar, porque todas nossas idéias e pensamentos são moldados e mudados pelas nossas próprias experiências e vivências resultantes dessas ações. Aqui a consciência é no sentido de estar ciente, de compreensão. A consciência é um conhecimento ativo e crescente do Eu, dos outros e do mundo no qual vivemos.

Para Gadotti (1991, p.151), a práxis é a “união que se deve estabelecer entre o que se faz (prática) e o que se pensa acerca do que se faz (teoria)”, conhecida também como filosofia da práxis no marxismo. Segundo esta corrente filosófica, a ‘prática’ é o trabalho que realizamos diariamente, isto é, o cuidado que a enfermeira realiza no dia-a-dia com os cliente/cidadãos no serviço assistencial.

O intuito é levar a mobilizar a consciência das enfermeiras para um compromisso com a práxis educativa no contexto do cuidado de enfermagem. A inerência e ligação entre a teoria e prática ou articulação entre o pensar e o fazer da profissional enfermeira na hospitalização, bem como, melhorar a qualidade dessa assistência no cuidado, é que incentiva os profissionais enfermeiros a conhecer esta práxis educativa.

A dimensão educativa é inerente ao cuidado da enfermeira, embora ainda ela não reconheça ou não manifeste consciência dessa ação porque para mobilizar e tomar consciência, é necessário que ela vá além da ‘esfera espontâneo-ingênua’, como atividade mecânica, rotineira, normatizante, onde não apenas demonstre essa dimensão técnica operacional e instrumental. Além disso as enfermeiras devem experimentar novas idéias, práticas, atitudes, cuidados e posturas, bem como o aperfeiçoamento de ferramentas teórico-práticas, para o alcance da ‘esfera crítica’, e assim percebam esta como um processo de ação-reflexão-ação sobre a articulação do cuidado e educação, trabalhando como atores sociais das suas próprias consciências e promovendo mudanças dessa realidade.

A utilização de um suporte teórico-filosófico respaldada por conhecimentos técnicos-científicos deveria estar presente na ação profissional da enfermeira, mesmo quando a mesma não tem consciência deste fato ou não consegue expressá-lo. Este marco teórico-filosófico, quando está conscientemente introjetado e criticado no exercício da ação torna-se uma práxis, práxis esta que é uma ação refletida pela conscientização.

Segundo Vásquez, Freire e Gadotti, a práxis é uma atividade prática, porque é uma atividade humana e é uma prática humana. A consciência da prática (práxis) é a consciência que se sabe a si mesma em relação ao processo prático e os fins.

Os dados que emergiram do encontro com as enfermeiras direcionaram meus pensamentos sobre o cuidado da enfermeira, as ações educativas e o contexto hospitalar, culminando com essas considerações e reflexões.

Considerando o cuidado como a característica única e essencial do exercício a enfermeira é que tem no cuidado a especificidade de sua ação profissional; ele vai além do atendimento às necessidades básicas do cliente/cidadão. O cuidado é uma característica que se concretiza a partir das relações estabelecidas entre os seres vivos. É o compromisso com o cuidado que envolve o autocuidado, a auto-estima, a autovalorização e a cidadania da própria pessoa que cuida.

A finalidade do cuidado na enfermagem é basicamente aliviar o sofrimento humano, manter a sua dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as expectativas do viver e do morrer. Também, fomentar a autonomia; dignificar o ser humano; responder ao chamado do outro; viver e crescer no cuidado; crescer como cuidador; interagir com o outro no cuidado contribuindo para que o cliente desenvolva sua capacidade de cuidar de si.

O âmbito da questão sobre o cuidado ultrapassa sua internalidade, exigindo das(os) enfermeiras(os) mais do que uma competência técnica; exige uma coerência entre o ato e pensamento, numa concepção de práxis transformadora e emancipadora.

Assim o grande desafio da enfermeira, atualmente, se constitui em aliar a sua prática com a das pessoas cuidadas, procurando alternativas de cuidado mais coerentes com as suas necessidades, a capacidade da enfermeira de conviver com o outro, que é diferente, e reconhecê-lo como sujeito de direitos iguais, na busca dessa cidadania. Para compreender essa prática da enfermagem precisa-se olhar o cuidado como um método, modelo ou maneira de cuidar inovadora e criativa.

A educação é um componente inerente a todo ser humano/cidadão; ela é permanente. A educação é um processo dinâmico de descoberta que, com base numa visão libertadora, contribui na humanização dos cidadãos, através da superação da contradição educadora-enfermeira; educando-cliente/cidadão, por meio de uma relação horizontal, através do diálogo, da participação, da reflexão-ação, objetivando sempre a transformação da educação tradicional. Embora apareça de forma difusa e

indiferenciada em todos os setores e esferas da sociedade, os cidadãos se comunicam tendo em vista objetivos que não o de educar e, no entanto, educam e se educam.

As atividades de educação em saúde e/ou ação educativa são recursos que permitem a aproximação entre profissionais enfermeiras e receptores do cuidado cliente/cidadão além de contribuírem para o oferecimento de uma assistência por meio do cuidado humanizada. O desenvolvimento de ações educativas com cliente, cidadãos, familiares e acompanhantes visando a promoção, manutenção e recuperação da saúde constitui-se em uma das funções da(o) enfermeira(o).

A enfermeira no exercício profissional, pode e deveria envolver no campo assistencial aspectos cuidativos e educativo de forma contínua durante o cuidado no dia-a-dia junto à clientela. Ainda, a realização de ações educativas e a forma de como dita dimensão educativa é desenvolvida no cotidiano, está diretamente relacionada à crença da profissional acerca da educação e seu papel no cuidado de enfermagem.

De modo geral as enfermeiras estabelecem, mediante suas falas, relatos, dizeres e depoimentos, uma relação e uma ligação direta entre o cuidado e a educação, embora de maneira conservadora percebam que a prática de educação para a saúde signifique informar, orientar e transmitir. Isto porque, ainda é o modelo tradicional de educação que prevê a ação educativa como um repassar de conhecimentos ao outro, a quem cuida, a quem assiste ou oferece os meus cuidados.

Cuidamos quando estabelecemos relações de respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos dos seres humanos e na busca de soluções para um determinado problema que o outro não está em condições de resolver só. Embora reconheçamos que o cuidado é permeado de contradições, nem todos os profissionais desejam ou aspiram as mesmas coisas.

As enfermeiras, no desenvolvimento das ações educativas no cuidado junto ao cidadão, contemplaram o diálogo como um importante elemento do processo educativo. Portanto através do diálogo, deu-se a superação que resulta em educadora-cliente com cliente-educadora onde ambos tornaram-se sujeitos do mesmo processo educativo-cuidativo em que crescem juntos. Nessa perspectiva, cabe à enfermeira-educadora valorizar o conhecimento do educando-cliente/cidadão.

Uma concepção libertadora mediada pelo diálogo, leva a uma ação-reflexão, com vistas a promover uma mudança, para mobilizar a consciência da enfermeira, com a intenção de desencadear uma ação transformadora sobre a práxis educativa no cuidado hospitalar, na qual a enfermeira seja o sujeito ativo dessa mudança social.

A concepção de que a dimensão educativa está interligada ao cuidado, em meio as suas atividades rotineiras e normatizantes de procedimentos terapêuticos, de intervenções e de cuidados aos clientes na hospitalização é um aspecto muito importante. Por isto, a enfermeira deve ser capaz de atender da melhor forma possível às necessidades e interesses ligados às questões da própria saúde do sujeito.

Nós enfermeiras precisamos ter em consideração as características de uma pedagogia que contemple o rever, o refazer, a mudança e a renovação de nossas atitudes e posturas no cuidado educativo, e assumir a importância do 'papel de educadora' na enfermagem, como instrumento de transformação social.

Existe a necessidade de um trabalho permanente de mobilização para a conscientização da enfermeira, onde ela possa assumir uma posição de envolvimento, de crítica e de reflexão sobre sua prática assistencial e sobre sua ação educativa e estar num contexto hospitalar.

A dimensão educativa pressupõe interação, o argumento é que as ações educativas da enfermeira são inerentes e indissociáveis do cuidado cotidiano da enfermagem. A enfermeira não precisa de um tempo específico para realizar ou desenvolver essa atividade educativa com o cliente/cidadão porque tem compromisso ético-profissional de educar para a saúde no seu dia-a-dia.

É necessário compreender e prestar e oferecer o cuidado na perspectiva de valorização da vida, que reconheça a educação na promoção da mesma. Também é pertinente o intuito de construir enfoques e abordagens que articulem o cuidado e a educação, superando o desafio de construir o novo referencial de uma prática cuidativo-educativa ou uma teoria de educação para a liberdade consciente e inovadora. Isto se faz imprescindível já que existe um envolvimento pessoal e profissional com o objeto comum entre cuidado e educação.

Ao analisar e compreender a consciência da práxis educativa no cuidado hospitalar das enfermeiras, sujeitos desse estudo e identificar o nível de práxis em que

se cumpre essa dimensão educativa durante o cuidado humano que a enfermeira oferece, os três níveis de práxis se evidenciaram:

A *práxis transformadora* é entendida como a ação que cria algo novo, ou seja, um outro modelo formador, por meio da intervenção da consciência e da prática humana, porque existe neste nível de práxis uma unidade indissolúvel, no processo prático, do interior e o exterior, do subjetivo e o objetivo, bem como, a indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado e, a unicidade e irrepetibilidade do produto. Pensar o cuidado e as ações educativas no âmbito hospitalar enquanto práxis é desafiante, porque nos confere a rever: Qual o nível de práxis e, particularmente em que momentos a práxis transformadora ou criadora predominam? Em que circunstâncias é possível o emergir da práxis criadora? É preciso reconhecer sempre o exercício desta práxis transformadora através de um agir consciente, criativo, competente e ético da enfermeira como agente social de transformação.

Isso acontece aonde a práxis se nos apresenta vinculada ao conceito de criação ou inovação de novos modos, maneiras, modelos e atos de cuidar-educar no contexto hospitalar, a essa forma particular de atividade transformadora, criadora e inovadora.

Evidenciou-se que as enfermeiras, sujeitos da pesquisa, demonstraram de maneira efetiva a *práxis transformadora* através das seguintes sub-categorias: a consciência da inerência entre a educação e o cuidado; os modos das enfermeiras nas ações educativas como aspectos positivos, bem como, nos cuidados por meio de atividades, intervenções e procedimentos; o reconhecimento da dimensão educativa articulada ao cuidado; a finalidade do cuidado da enfermeira dentro da satisfação da necessidade psicossocial com inclusão do familiar/acompanhante; o cuidado fundamentado em outras linhas e enfoques como o saber popular-científico, com base na ética e nos princípios da bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça ou equidade); a preocupação quanto à dimensão educativa articulada ao cuidado e a contemplação de alguns conceitos preconizados por Freire tais como: o diálogo, a participação, a ação-reflexão e a mudança a partir do binômio cliente-enfermeira; as características da ação educativa das enfermeiras dependem da postura das mesmas colocando-se como mediadoras e facilitadoras nessa relação horizontal; o

método utilizado por uma enfermeira no processo educativo, enquanto à maneira de educar-cuidar; a enfermeira cuida de si no aspecto físico, psicológico e espiritual.

Por conseguinte, para compreender a prática assistencial da enfermagem torna-se necessário olhar o cuidado por um método ou modelo inovador e criativo.

A *práxis reiterativa* é concebida como um modelo reprodutor de nosso exercício profissional. Esta práxis é um nível inferior com respeito à Práxis Transformadora e se caracteriza pela inexistência da indeterminação e a imprevisibilidade do processo e do resultado, bem como da unicidade e irrepetibilidade do produto. Esta ação consiste em imitar e repetir uma outra ação a práxis imitativa não produz mudança na realidade presente, isto é, não produz uma nova realidade. Porque este nível de práxis não transforma criadoramente, não faz emergir uma nova realidade humana, isto é, uma práxis reprodutora da formação tradicional no cuidado da enfermeira.

Neste estudo pensar o cuidado e as ações educativas no âmbito hospitalar enquanto práxis também é desafiadora e preocupante, porque nos remete a rever e refazer: Em que momento as enfermeiras durante o desenvolvimento das ações educativas no cuidado apontam uma Práxis Reiterativa e imitativa ou repetitiva? Em que circunstâncias emerge a Práxis reiterativa ou repetitiva?

Evidenciou-se que as enfermeiras participantes da pesquisa demonstraram o desenvolvimento de uma *práxis reiterativa* através das seguintes sub-categorias: a conceitualização acerca do cuidado da enfermeira, associada à idéia apenas de execução de procedimentos, técnicas, intervenções aos cliente/cidadãos; o fundamento do cuidado das enfermeiras na unidade embasados no modelo teórico de Wanda Horta, justificando-se como uma metodologia regulamentada pelo Hospital Universitário; as etapas do processo de enfermagem de Horta; a ação educativa consiste em transmitir informações, orientar ao cliente/cidadão, aliando-se a idéia bancária e uni-direcional; as características da ação educativa através de conteúdos das orientações, explicações e esclarecimentos sobre as intervenções e procedimentos manifestando-se a idéia de facilitadora/domesticadora/transmissora devendo o cliente aceitar de forma passiva o que a enfermeira diz durante o processo educativo; a ‘falta de consciência’ sobre as ações educativas na internação; a práxis imitativa nos

cuidados através de atividades, técnicas e procedimentos realizadas por elas no contexto hospitalar; as enfermeiras não cuidavam de si ou atribuíam a falta de cuidado de si, tendo como justificativa a falta de tempo, excesso de tarefas, falta de disciplina com elas mesmas, falta de recursos humanos, excesso de doação de si, falta de descanso, problemas de saúde e pouca preocupação com sua auto-imagem e auto-estima. Bem como, os déficits para a formação acadêmica e a falta de estrutura nas diretrizes curriculares.

A enfermeira necessita rever e refletir sobre sua prática cuidativa e redefinir seu papel profissional no aspecto educativo. O nosso grande desafio consiste contemplar essa realidade de maneira objetiva e assim atuar sobre ela.

A *práxis reflexiva* significa a presença do alto grau de consciência e intencionalidade para uma outra ação correspondente. Porém, as dimensões de nível não eliminam os vínculos mútuos entre uma e outra práxis (Transformadora ou Reiterativa), nem entre um nível e outro. Por isto, a prática reiterativa tem parentesco com a espontânea, e a prática transformadora com a reflexiva. Essa relação não é imutável, o espontâneo não está isento de elementos de criação, e o reflexivo pode estar a serviço de uma práxis reiterativa ou imitativa.

Encontrando-se cientes, as enfermeiras participantes do estudo, manifestaram algumas razões e dificuldades as quais impedem o desenvolvimento das ações educativas no cuidado hospitalar. Por meio delas, demonstraram a *práxis reflexiva ou espontânea* através das seguintes sub-categorias: o aspecto enfermeira-profissional; falta de recursos humanos; déficits na formação acadêmica; falta de estrutura nas diretrizes curriculares apontadas como as dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado cotidiano da enfermeira durante a hospitalização.

Neste trabalho, os níveis de práxis transformadora, reiterativa e reflexiva ou espontânea, preconizados por Vásquez (1990), possibilitaram traçar algumas características, evidenciando aspectos que nas enfermeiras assistenciais e na formação profissional podem nos indicar uma práxis reiterativa, isto é, reprodutora da formação tradicional, ou uma práxis transformadora, ou seja, criadora de um outro modelo formador, conseqüentemente uma enfermeira mais consciente do seu papel no

contexto hospitalar, ou ainda uma práxis reflexiva, quer dizer, com a presença de um alto grau de consciência e intenção para uma ação correspondente.

Concordo com Vásquez (1990) quando escreve que o objeto da atividade espontânea não surge de uma realidade nova e a práxis transformadora se, criadora ou inovadora acontece no plano da práxis reflexiva. Será que através do discurso das enfermeiras, quanto ao nível de consciência, os componentes mencionados surgiram de uma relação espontânea ou relação reflexiva das mesmas?

A intencionalidade neste estudo foi analisar as atividades e ações educativas da enfermeira no cuidado assistencial, especificamente no cuidado hospitalar, e depreender o tipo de práxis presente. As ações educativas manifestas durante o cuidado que é por elas realizado, se contemplaram nos conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão e conscientização e se encaminham para uma práxis, também, transformadora da prática profissional de enfermagem. Assim a Práxis Reflexiva é qualificada levando em conta o elevado grau de consciência que se tem da atividade prática que se esteve desenvolvendo na internação.

No cotidiano profissional este nível de práxis se manifestou pela consciência profissional da enfermeira sendo revelado através do discurso, na produção teórica do conhecimento sem serem apresentados recursos que garantam uma efetiva ação correspondente da transformação da prática profissional.

A pesquisa em enfermagem não se esgota em importância e amplitude com os comentários apresentados aqui. É urgente, portanto, que o trabalho da pesquisa seja mais uma oportunidade para a enfermeira conquistar o seu real desenvolvimento das ações educativas no cuidado hospitalar, o que redundará certamente através da maior valorização da prática assistencial e com o suporte da área de ensino.

O estudo sugere que na práxis educativa durante o cuidado das enfermeiras com clientes/cidadãos hospitalizados ou em regime de internação, procurem elas atendê-los conforme suas condições ontológicas e existenciais.

Com base nesta prática assistencial verificou-se que o marco teórico-filosófico de Paulo Freire e Adolfo Sánchez Vásquez foi adequado para direcionar e fundamentar a práxis educativa no cuidado da enfermagem prestada aos clientes hospitalizados.

Esta pesquisa veio desvelar e resgatar a importância do papel da enfermeira como educadora na enfermagem e confirmar a relevância dos aspectos da prática assistencial no cuidado hospitalar a partir de uma abordagem educativa, oportunizando a profissional enfermeira contribuir para mudanças significativas. Assim, as enfermeiras realizam-se por meio da atividade educativa e sentem-se gratificadas ao cuidar-educando, pois é uma satisfação inerente ao cliente/cidadão, quando ela oferece ajuda ao outro.

Percebo, ainda, a importância da conscientização de alunos/discentes e professores/docentes de enfermagem quanto a esta função, de modo a refletir no cenário do ensino de enfermagem, priorizando nas disciplinas o cuidado-educativo e os aspectos relacionados à práxis educativa. A mudança surgirá, então, da contribuição e empenho de cada enfermeira comprometida e ética que acredita na possibilidade de melhorar a qualidade de atendimento por meio da 'educação'.

Todos, consciente ou inconscientemente, agimos de acordo com um método, desenvolvemos um modelo, temos uma forma de desempenhar as nossas atividades na enfermagem no âmbito assistencial. Se prestarmos atenção à nossa rotina e mecanicismo, não só demonstrarmos uma dimensão técnica e operacional, observaremos que na maioria das vezes agimos de maneira semelhante todos os dias, repetindo ações desde as mais simples até as mais complexas.

O cenário hospitalar tem sido considerado como um ambiente poderosamente restritivo em termos de troca de experiência, negociação de saberes, práticas educativas dialógicas, relações horizontais de poder (popular-científico), e para a permanente troca que deveria acontecer entre as esferas do viver social e do viver institucional.

O processo de assistência por meio do cuidado, se educativo, gera novas perspectivas. Mas, é necessário coragem para enfrentar novos desafios, situações, e novas possibilidades. As instituições de saúde deveriam funcionar como deveriam funcionar as escolas, visando formar cidadãos livres, críticos e criativos...

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 1014 pág

BACKES, Vânia Marli Schubert. **Estilos de pensamento e níveis de práxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional**. 1999. 283f. Tese de (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. PEN/UFSC, Florianópolis, 1999.

_____; CARTANA, Maria do Horto Fontoura. **A convergência cuidado-educação: duplos desafios à prática da enfermagem**. *Texto&Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.02, p.187-188, abril/junho 2006.

BACHAND, Hilary. **Wanted: a definition of nursing practice**. *The Canadian nurse*, May, 1974.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Editora, 2004.

BECK, Carmen Lúcia; GONZALES, Rosa Maria Bracini; LEOPARDI, Maria Tereza. Detalhamento da Metodologia. IN: LEOPARDI, Maria Tereza. (Org). **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. 187-309 pág.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da Nanda**. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001. 209 pág.

BERBEL, Neusi Aparecida. **A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis**. In:BERBEL, Neusi. A. Navas. *Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior, ensino médio e clínica*. Londrina:Ed. UEL, 1998.

BETINELLI, Luis Antônio. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 9.ed. Petrópolis:Vozes, 2001.

BOYKIN, Anne. A enfermagem como conforto: o artístico no cuidado. In: **Texto&Contexto Enfermagem**; Florianópolis, v.7, n.2, p... maio/agos. 1998.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. 43.ed. São Paulo:Brasiliense, 2004. 116pág.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educação em saúde e a mobilização comunitária**. Brasília, 1991.

BRICEÑO, León Roberto. **Las siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria**. Debate sobre el Artículo de Salud Pública - Educación Sanitaria. Cuaderno de Salud Pública. Rio de Janeiro, 20 de Enero, n.12, n.1, p-7-30, enero/marzo, 2002.

BRITO, Valdete Herdt. **Desvelando o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem**: ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente. (Pós-Graduação em Enfermagem-Expansão Pólo UNIVALI-FAEUI)- Florianópolis/Santa Catarina, agosto 1997. 146p.

BROWN, Carol. **The experience of care: patients perspectives**. Topics in Clinical Nurs, v.8, n.2, p.156-162, jul/1991.

BRUGGER, Walter. **Dicionário de Filosofia**. 4.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária. EPU/LTDA, 1987.

CALDAS, Aulete. **Dicionário geral**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Delta. S.A., 1974.

CALDAS, Célia Pereira. Cuidando do idoso que vivência uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. In: **Texto&Contexto**; Florianópolis,v.10,n.2, p.68-93, maio/agosto. 2001.

CARRARO, Telma. Elisa. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. 184pág

_____. **Metodologia do Cuidado**. Disciplina: O cuidado em Enfermagem e Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC- Curso de Doutorado Semestre 2004/II, Florianópolis. Caderno Mimeografado, 2003. 167pág.

_____. **Histórico do Cuidado**. Disciplina: O cuidado em Enfermagem e Saúde.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC- Curso de Doutorado, Semestre 2004/II. Florianópolis. Texto Mimeografado, 2003.

_____. **Métodos, Modelos e Modos de Cuidar em Enfermagem.** Texto&Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.14, n.02, p.153-154, abril/junho 2005.

CASTORIADIS, Cornélius. **A instituição imaginária da sociedade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida.** Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa-Edições Técnicas. 2ª tiragem, 1999, 385p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). **Normas para pesquisas envolvendo Seres Humanos.** Resolução CNS nº 196/96. Brasília: O Conselho; 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SC (BR). **Cuidado: Essência da Enfermagem.** Jornal do COREN/SC. ano.5, n.26, maio, 2007. Texto Impresso.

CORRÊA, Ayrton Dutra. **Escola tradicional sua base e prática educativa.** Cadernos Didáticos do Curso de Pós-Graduação em Educação. Santa Maria: UFSM, n.25, p.113.

_____. **Escola Tecniciста:** teoria e prática educativa. Cadernos Didáticos do Curso de Pós-Graduação em Educação, Santa Maria: UFSM, n.17, p.1-44, 1990.

COSTA Eliani; MACHADO Rosani Ramos; KOERICH, Magda Santos. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Revista Texto&Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.14,n.01, p.106-119, jan/março, 2005.

CHAVES Patrícia Lemos, COSTA Veridiana Tavares; LUNARDI, Valéria Lerch. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Revista Texto&Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.14,n.1, p.38-43, jan/mar, 2005.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira; ARRUDA, Eloita Neves.; WALDOW, Vera Regina. Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeiras de um município gaúcho. **Texto&Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.7, n.02, p.151-173, maio/agosto, 1998.

CUEVAS, Ramírez Jesús. **Adolfo Sánchez Vasquez, la lucidez y la congruencia.** Texto Mimeografado, 2005. 10.pág.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed. São Paulo:Atlas, 1995.

DEZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **The landscape of qualitative research: theories and issues**. California:Sage Publications, 1998.

DIAS, Lygia Paim; TRENTINI, Mercedes; SILVA Denise Guerreiro. **Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática de enfermagem**. Revista Texto&Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.4,n.1, p.83-92, jan/jun, 1995.

DOLL Junior William. **Currículo: uma perspectiva pós-moderna**. Porto Alegre:Artes Médicas, 1997.

DORIN, Edwin. **Dicionário de Psicologia**. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1978.

ECKERT, Elizabeth Rosely. **Educação em saúde: uma abordagem freiriana com mães/famílias de crianças hospitalizadas**. 1999. 111f. Dissertação (Mestrado em assistência de Enfermagem)- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

ESPINOZA, Lita Miriam Moore. **A conscientização como fundamento da educação em saúde às pessoas hospitalizadas com tuberculose pulmonar**. Florianópolis, 1998. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

_____. **A arte de educar em saúde como fundamento inerente do cuidado de enfermagem a clientes hospitalizados**. 18º FORUM CATARINENSE das Escolas de Enfermagem. Texto Mimeografado. Promovido ABEn-SC, 2004.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Sistemas de Cuidado de Enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque de. **Dicionário Aurélio**. Século XXI, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1999.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312pág.

FOULQUIÉ, Paul. **Diccionario del Lenguaje Filosófico**. México. Editorial Labor S.A, 1967 pág. 170-177

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

_____. **Extensão ou comunicação?** Paz e Terra, 1977.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3.ed. São Paulo:Editora Moraes, 1980. 102pág

_____. **Educação como prática da liberdade**. 15.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Educação e mudança**. 20.ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1993(a).

_____. **Política e educação: ensaios**. 2.ed. São Paulo:Cortez, 1993(b).

_____. **A importância do ato de ler: em três artigos que se complementam**. 29.ed. São Paulo:Cortez, 1994.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 22. ed Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1994(a).

_____. **Pedagogia da esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido**. 3.ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1994(b).

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 6.ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1997. 148p

_____. **Pedagogia da Indignação**. São Paulo:Editora Unesp, 2000.

FREITAS, Luis Carlos de. **Projeto histórico ciência pedagógica e didática. Educação e Sociedade**. São Paulo: n.271, p.123-139, setembro, 1987.

GADOTTI, Moacir. **Convite à leitura de Paulo Freire**. 2.ed. São Paulo: Scipione, 1991.

_____. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. M et al. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre:ARTMED, 2000.

_____. M et al **Paulo Freire uma Biobibliografia**. São Paulo:Cortez: Instituto Paulo Freire; Brasília, DF; UNESCO, 2003. 765pág

GANDLER, Stefan. **El intelectual de la emancipación:la relampagueante biografia del filosofo Adolfo Sánchez Vasquez**. Texto Impreso, 2006.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. **Educare: ensaiando a pedagogia do cuidado**. Passo Fundo, 2000. 238 pág. (Mestrado Interinstitucional-UFSC/FAPERGS/UPF)- Curso de Mestrado em Assistência em Enfermagem.

GHIRALDELLI Junior Paulo. **O que é pedagogia?**. 2.ed. São Paulo:Brasiliense, 1987.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; SCHIER, Jordelina. Grupo aqui e agora-uma tecnologia de ação sócio-educativa em enfermagem. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.02, p.271-279, abril/junho 2005.

GONZAGA, Maria Lúcia de Carvalho de; NEVES, Arruda Eloita. **O cuidado na hospitalização: uma perspectiva infanto-juvenil**. Texto&Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.7, n.2, p.195-218, maio/agosto 1998.

GRÜDTNER, Dalva Irany. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família:uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica**. 1997. 118f. Dissertação (Mestrado em assistência de Enfermagem)- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Bases para uma ciência de enfermagem**. Apresentado como tema livre no XXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curitiba, 10 a 20 de julho de 1974.

_____. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979, 99p.

JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999. pág.50-54

JOLIVET, Bégis. **Vocabulário de Filosofia**. Rio de Janeiro:Editora Agir, 1975

KELLY, Bethe. **Respect and caring: ethics and essence of nursing**. In: LEININGER, M.M. (ed.). Ethical and moral dimension of care. Detroit:Wayne State University Press, 1992.

KONDER, L. **O que é dialética?**. 27.ed. Brasiliense, 1998. Coleção Primeiros Passos, nº32.

LAUTERT, Liana. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Salamanca, 1995. Tese de Doutorado em Psicologia – Faculdade de Psicologia da Universidade Pontifícia de Salamanca, 1995.

LEININGER, Madeleine. **Care: the essence of nursing and health**. Detroit Mi:Wayne State University, 1991.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Contribuição ao Estudo das Teorias da Enfermagem**. Florianópolis, 1988. [Texto Mimeografado].

_____. Cuidado: ação terapêutica essencial. In:**Texto&Contexto Enfermagem**; Florianópolis, v.6,n.3, p.57-67, set/dez, 1997.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344pág.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem?. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n1, p. 32-49, jan/abr, 2001.

LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da escola pública**:a pedagogia crítico social dos conteúdos. Livro Didática. São Paulo:Cortez, 1994. 149 pág.

LODI, João Bosco. **A entrevista**: teoria e prática. São Paulo:Pioneira, 1991.

LOPES, Marta Martoj. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera; LOPES, Marta. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea. Porto Alegre:Artes Médicas, 1998.

LOUREIRO, Mariângela Magalhães de; VAZ, Marta Regina Cesar. Projeto político-pedagógico para os cursos de enfermagem: reflexões a partir da prática educacional. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8 n1 p.53-60, jan/abril,1999.

MAIA, Ana Rosete Rodrigues. Elementos e dimensões do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais SUS. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n2, p.133-150, maio/ago,1998.

MAIA, Ana Rosete; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; CARRARO, Telma Elisa; RADÜNZ, Vera. **O processo de cuidar, ensinar, e aprender o fenômeno das drogas: a redução da demanda. Princípios de Cuidar.** Florianópolis, PEN/UFSC, p.49-62, 2002 Texto produzido no contexto deste Curso.

MANNHEIN, Karl. A educação como técnica social. In:Pereira L, Foracchi M.M. **Educação e sociedade.** 11.ed. São Paulo:Nacional, 1993. p.88-90

MARTELLET, Maria de Lourdes. **Uma proposta de sistema de avaliação global para as escolas comunitárias.** Santa Maria: UFSM, 1998, 471 pág. Dissertação (Mestrado em Educação)-Centro de Ciências de Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

MARRINER-Tomey, Ann. **Modelos y teorías en enfermería.** Madri: Harcourt-Brace, 3 ed., 1997. 530p.

_____. **Nursing theorists and their work.** St. Louis: C.V. Mosby, 1994.

MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro: Ed. Record, 1971. Tradução de: On Caring- Por Cristina Carvalho Boselli.

_____. **On caring.** New York: Harper & Row, 1971.

MATOS, Eliane; PIRES, Pires Denise. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Revista Texto&Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.11,n.1, p.187-205, jan/abril, 2002.

MEDITSCH, Eduardo. A filosofia de Paulo Freire e as práticas cognitivas no jornalismo. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação,** vol. XXI, n.01, p.25-38, 1997.

MELLO, Guiomar de. **Escola Nova, tecnicismo e educação compensatória.** São Paulo:Loyola, 1986. 64 pág.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro:Hucitec-Abrasco, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação em saúde e a mobilização comunitária.** Brasília, 1991, pág. 16-17.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo: possibilidades e limites. In: ENGERS, Maria Emília. (Org.). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. Porto Alegre: EDIPUCS, 1994, p. 103-111.

MORAN, Beth; SCHULTZ, Kathy. **Finding the healer within**. New York. NLN, 1996.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on nursing: what it is and what it is not**. New York:Dover, 1969.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. Série de Enfermagem. **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis, Editora:UFSC. Org. Rosita Saupe. 1998. p.119-161.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GELBCKE, Francine Lima. **Materialismo Histórico e Dialético: leis, categorias e método**. [Texto Mimeografado] 26 pág. Florianópolis, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Promoción de la salud: una antología**. Publicación Científica 557. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC, 1992.

PASTORINO, Torres Carlos. **Minutos de sabedoria**. 40.ed. Petrópolis:Editora Vozes, 2003.

PATRICK, Pámela. Karherine. **Burnout: antecedents, manifestations, and self-care strategies for the nurse**. In. MARINO, Lisa Begg. *Câncer Nursing*. St Louis: Mosbi, 1981.

POMPE, Carlos. **A classe operária, órgão central do PC do B**. Texto mimeografado, 2004.

PRADO, Marta Lenise do; SOUZA, Maria de Lourdes de. **Inovações e avanços no cuidado de Enfermagem: ousadia e irreverência para o ato da criação**. XVI CONGRESSO ARGENTINO DE ENFERMERÍA. Córdoba, 2002.

RADÜNZ, Vera. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *Burnouth***. Florianópolis, 1999. f. 140 pág. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina PEN/UFSC, 1999.

RAMOS, Flavia Regina Souza. **Os corpos do saber**: uma perspectiva ética do trabalho de enfermagem no cuidado ao adulto. Florianópolis, 1998. Não publicado.

RAMOS, Maurivan Gützel; MORAES, Roque. Avaliação do desempenho de professores numa perspectiva qualitativa: contribuições para o desenvolvimento profissional de professores universitários. **Revista Iberoamericana de Educación**, Madrid (ES), n. 108, p. 1-18, 2000. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/108Maurivan.PDF>>. Acesso em: 29 abr. de 2005.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; PRADO, Marta Lenise do. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis:Cidade Futura, 2006. 240p

_____; HERR, Lidvina; SOUZA, Maria de Lourdes de. **As políticas de Educação e de Saúde e a Enfermagem**. Florianópolis: NFR/UFSC 1999. p.89-111. (Curso de Especialização em Metodologia do Ensino para a Profissionalização em Enfermagem; Módulo 2)

REZENDE, Ana Lucia Magela. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo:Cortez, 1988.

RIEMEN, Dorothy. "Non caring and caring in the clinical setting: patient's descriptions". **Topics in Clinical Nursing**, v.8,n.2,p 30-36, July, 1986.

SAUPE, Rosita. Formação do enfermeiro/cidadão crítico – entendimento dos docentes de enfermagem. **Revista Texto&Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.1, nº1, p. 1-14, jan/jun 1992.

_____. **Educação em enfermagem: da realidade construída a possibilidade em construção**. Florianópolis: EDUFSC, 1998.

SAUPE, Rosita; BRITO, Valdete Herdt; GIORGI, M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, Rosita. (Org). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis:UFSC, 1998.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia : teorias da educação, curvatura da**

vara, onze teses sobre educação e política. 24.ed. São Paulo:Cortez: autores associados, 1991.

SCHIER, Jordelina. **“Grupo Aqui e Agora”** - uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. Florianópolis, 2001, 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSC, 2001.

SCOTTINI, Alfredo. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Blumenau: Edições TodoLivro, 2003. 500p.

SILVA, Sonia Araujo. **Valores em educação.** 2.ed. Petrópolis:Vozes, 1988. P.144.

SILVA, Alcione Leite. da. Viagem para o futuro através da pesquisa em enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, Vera; LOPES, M.J.M.; **Maneiras de cuidar- maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre:Artes Médicas, 1995.

_____. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Maria Júlia Marquez. (Org). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, Benedicto. **Dicionário de Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, 1986. p.243-247

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. A problemática de Pesquisa – O objeto de estudo. O Método na construção do conhecimento. Disciplina: **Processo de construção do conhecimento em saúde e Enfermagem.** PEN/UFSC. Florianópolis, 2004. Texto Impresso.

SILVA, Maria Elisabeth; GONZAGA, Flavia Ramos; VERDI, Marta Machado. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem,** Brasília, v. 45, n.01, jan/mar. 1992. pág. 54-59

SIQUEIRA, M. M., WATANABE, F.S., VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Rev. Latino-Americana Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.3, n.1, p. 45-57, jan. 1995.

SOUZA, Maria de Lourdes et al. O cuidado em enfermagem-uma aproximação teórica. **Revista Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.02, p.266-270, abril/jun 2005.

_____; SARTOR Vicente Volnei de Bona ; PRADO, Marta Lenise do. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Revista Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.01, p71-85, jan/março, 2005.

SPIRKIN, A; YÁJOT, O. **Fundamentos do materialismo dialético e histórico**. Habana:Editorial de Ciências Sociais, 1985.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Texto&Contexto Enfermagem. Enfermagem: educadores e educandos**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC. v.8, n.01, jan/abril. 1999. 11-466pág

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Texto&Contexto Enfermagem. Educação, Saúde e Enfermagem**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC. v.12, n.01, jan/abril. 2003. 11-121pág.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Texto&Contexto Enfermagem. A Ética no trabalho e a ética na pesquisa**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC. v.14, n.01, jan/março. 2005. 11-131pág.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Texto&Contexto Enfermagem. Métodos, modelos e modos de cuidar em enfermagem**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC. v.14, n.02, abri/junho. 2005. 153-295pág.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Texto&Contexto Enfermagem. A Convergência cuidado-educação: duplos desafios á prática da enfermagem e saúde**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC. v.15, n.02, abri/junho. 2006. 187-361pág.

TRENTINI, Mercedes; Dias, Lygia Paim Muler. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: EDUFSC, 1999.

VÁSQUEZ, Sanchez Adolfo. **Filosofia da Práxis**. 4.ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1990. 454p.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.13, n.12, p.29-35, julho, 1992.

_____. Examinando o conhecimento na enfermagem. *In*: MEYER, Dagmar. *et al.* (Org). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea**. Porto Alegre:Artes Médicas, 1998.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre:Editora Sagra Luzzatto, 1999. 202p.

_____. **Estratégias de ensino na enfermagem: Enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. Petrópolis, Rio Janeiro:Vozes, 2005. 133 pág.

_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, Rio Janeiro:Vozes, 2006. 190 pág.

_____. LOPES, Martoj; MEYER, Dagmar. **Maneiras de cuidar-maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WARREN, Howard. **Diccionario de Psicologia**. México: Fondo de Cultura Económica, 1982.

WATSON, Jen; CHINN Peggy. Introduction: art and aesthetics as passage between centuries. *In*: CHINN, P. & WATSON, J. (Eds). **Art & Aesthetics in nursing**. New York:National League for Nursing, 1994, p. 13- 17.

WATSON, Jean. **Nursing: The philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown, 1985.

_____. **Nursing: human science and human care**. New York: Nacional League for Nursing, 1988.

_____. Caring Knowledge and informed moral passion. **Advances in nursing science**. Rockville, MD: v.13, n.1, p.15-24, 1990.

WAYHS, Rosangela. **Ressignificando o sofrimento cotidiano da família da criança e do adolescente com o diagnóstico de câncer a partir de uma prática cuidativa-educativa problematizadora**. 2003, 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2003.

ZAMPIERI, Maria de Fátima. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes.** 1998, 179f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada(o) Colega:

Nós, Lita Miriam Moore Espinoza, Professoras Dr^a Marta Lenise do Prado e Dr^a Maria de Lourdes de Souza, viemos muito respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar da pesquisa que será por nós desenvolvida no Doutorado em Enfermagem denominada: “A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar: discursos de Enfermeiras”.

O objetivo do trabalho é de que, através da técnica da entrevista semi-estruturada, possamos demonstrar e analisar a práxis educativa das profissionais enfermeiras no cuidado no âmbito hospitalar, assim como identificar qual é o nível de práxis que apresentam nas suas ações educativas nesses cuidados diretos que oferecem e se contemplam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão, conscientização e transformação nas ações educativas durante o cuidado.

Este estudo é importante, pois acreditamos que, através da inerência das ações educativas no cuidado da enfermeira, poderemos melhorar a qualidade na assistência por meio do cuidado, assim como construir uma teoria de educação para a liberdade, consciente e inovadora.

Sua participação não lhe oferece riscos, mas esperamos que, através deste estudo, possamos subsidiá-las a se instrumentalizarem melhor para o cuidado de seus pacientes no cotidiano da prática hospitalar.

Asseguramos o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando a sua privacidade.

→Dr^a Marta Lenise do Prado / Pesquisadora Responsável - Orientadora
Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis/ SC.

→Dr^a Maria de Lourdes de Souza / Pesquisadora Responsável – Co-orientadora
Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina / Florianópolis/ SC.

→Enf^a. Dd^a Lita Miriam Moore Espinoza Aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa EDEN/PEN/UFSC.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, euCI:.....Declaro que fui informada(o) de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da técnica de trabalho através da entrevista, do uso de gravador e de anotações por escrito. Fui igualmente informada(o):

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho; antes, durante e após seu término, pessoalmente ou através do fone;
- de que terei a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificada e que se manterá caráter confidencial das informações referentes a minha privacidade, podendo eu inclusive escolher um nome fictício como identificação;
- de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados deste;
- de permitir o uso do gravador e anotações das falas, com garantia do sigilo e anonimato.

Eu concordo em participar deste estudo.

Entrevistada(o):-----
Telefone:

Pesquisadora:- -----
Telefone:

Orientadora: -----
Telefone:

Florianópolis,...../...../2006.

APÊNDICE 2

CONSENTIMENTO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM

Florianópolis/SC, ABRIL de 2006

Ilma. Sra.

Enf^a. Dr^a Francine Lima Gelbcke

Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário da UFSC

Dr. Ernani Polidoro de Santiago

Venho por meio deste, solicitar autorização para desenvolver um projeto de pesquisa como componente de minha tese de doutorado neste hospital, sob orientação da Doutora Marta Lenise do Prado e Co-orientação da Dr^a Maria de Lourdes de Souza.

O grupo junto ao qual pretendo desenvolver a pesquisa, será constituído por profissionais enfermeiras das unidades da Clínica Médica Feminina e Maculino 1,2 e 3, Clínica Cirúrgica I e II e, tem por objetivos; compreender e analisar a consciência da práxis educativa das enfermeiras no cuidado hospitalar; identificar o nível de práxis que as enfermeiras apresentam acerca das ações educativas no cuidado hospitalar; analisar como se evidenciam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão-ação, conscientização e transformação nas ações educativas da enfermeira; identificar as razões que dificultam o desenvolvimento das ações educativas das enfermeiras no cuidado hospitalar e, assim construir uma Teoria de Educação para a liberdade, consciente e inovadora.

Tenho o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição. Participarão do estudo apenas as enfermeiras que derem seu consentimento livre e esclarecido.

A coleta dos dados ocorrerá, possivelmente, nos meses de agosto e setembro de 2006, e consistirá na técnica da entrevista semi-estruturada segundo um roteiro guia e serão desenvolvidas em local acordado pela pesquisadora e participante, que serão previamente agendados.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço, ao mesmo tempo em que me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA
Enfermeira. Doutoranda da PEN/UFSC

Ciente: de acordo.

Data:

Assinatura e carimbo:

APÊNDICE 3

GUIA PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PESQUISA: “A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar: discursos de Enfermeiras”

Numero de Entrevista:

I. ME FALE UM POUCO SOBRE VOCÊ (IDENTIDADE PESSOAL):

Data da entrevista: Local: Início: Término:
 Codinome:
 Naturalidade: Idade:
 Estado conjugal: solteiro() casada() viúva() divorciada()
 Estuda atualmente: sim () não ()
 O que é da mais prazer: O que mais gosta de fazer na hora de lazer:

II. ME CONTE SOBRE SUA TRAJETORIA PROFISSIONAL:

Categoria: () Enfermeira Outra graduação:
 Ano de Conclusão da Enfermagem: Instituição formadora na Enfermagem:
 Pós-Graduação : () Especialização () Mestrado () Doutorado Onde:.....
 Setor em que atua na Enfermagem no HU:
 Função que exerce na unidade do HU:
 Horário de trabalho no HU/UFSC: manhã () tarde () noite ()

SOBRE A PESQUISA

III. ME FALE COMO É O CUIDADO QUE VOCÊ FAZ

Você cuida de si mesma: Como cuida de si mesma:
 Fale-me quando acha que não cuida de si:.....
 Você considera que cuida de alguém:.....
 Como é esse cuidado direto que oferece ao paciente durante a hospitalização:.....
 O paciente participa desse cuidado. Explique-me um pouco.....
 Permite que o paciente dialogue, faça perguntas no momento do cuidado:.....
 Além do paciente família/acompanhante também participa:..Como é essa participação?.....
 Fale-me como fundamenta esse cuidado direto que desenvolve na unidade?.....
 Conte-me que atitudes/valores deve ter a Enfermeira no cuidado que oferece na unidade:.....
 Você pode-me dizer que importância atribui ao cuidado da Enfermeira no seu dia-a-dia na unidade:.....

IV. FALE-ME UM POUCO SOBRE AS ATIVIDADES EDUCATIVAS:

Gostaria que me dissesse o que entende por Educação para a Saúde:.....

Quando realiza o cuidado ao paciente como educa na hospitalização, dê-me um exemplo:.....

Você considera que a Ação Educativa faz parte do cuidado de Enfermeira:.....

Fale-me de algum procedimento determinado que você como Enfermeira da unidade, ache que isso aparece aqui na internação:.....

Você permite que durante o procedimento o paciente dialogue, esclareça suas dúvidas:.....

Você como Enfermeira tem consciência da Ação Educativa que realiza durante esse cuidado que oferece ao paciente na hospitalização:.....

Como assim acha que tem consciência ou se da conta dessa consciência?.....

Pode-me dizer o que fundamentam e/ou orientam as Ações Educativas que desenvolve no cuidado:.....

Você considera importante a Ação Educativa no cuidado da Enfermeira durante a hospitalização:..... Explique-me um pouco ao respeito:.....

Você acha que a Educação em Saúde é o mesmo que uma Ação Educativa no cuidado?.....

Poderia me dizer se existem algumas dificuldades para o desenvolvimento das Ações Educativas da Enfermeira no cuidado que presta na hospitalização:.....

Você como enfermeira acha que a Ação Educativa é inerente ou articulado ao cuidado que oferece na unidade:.....

As Diretrizes Curriculares estão estruturadas para desenvolver esta atividade educativa:.....

Quando você fez o Curso de Graduação em Enfermagem se mencionava a ação/atividade educativa dentro do cuidado?.....

Há algo mais que Você gostaria de me falar, acrescentar respeito à entrevista ou alguma dúvida ou sugestão:.....

MUITO OBRIGADA.

APÊNDICE 4

DIAGRAMAS – REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DAS CATEGORIAS

1. A DIMENSÃO DO CUIDADO DA ENFERMEIRA	2. A DIMENSÃO EDUCATIVA NO CUIDADO DA ENFERMEIRA	3. A CONSCIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS E O NÍVEL DE PRAXIS DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO CUIDADO
<p>1.1 O que é cuidado segundo as Enfermeiras?</p> <p>1.2 Importância e finalidade do cuidado</p> <p>1.3 Características da Enfermeira no cuidado</p> <p>1.4 Fundamentação Teórica no cuidado</p> <p>1.5 Enfermeira: Cuidado de si/Não cuidado de si</p>	<p>2.1 O que é educação em saúde/ação educativa?</p> <p>2.2 Importância e finalidade da educação</p> <p>2.3 Características da ação educativa</p> <p>2.4 Fundamentação teórica da educação e tipos de educação e o processo ensino-aprendizagem</p>	<p>3.1 Inerência Educação e Cuidado.</p> <p>3.2 Consciência da Enfermeira sobre o Cuidado e as Ações educativas no cuidado</p> <p>3.3 Razões e dificuldades para o desenvolvimento das ações educativas no cuidado hospitalar</p> <p>3.4 Os Modos Educativos das Enfermeiras e os Níveis de Práxis</p>

APÊNDICE 5

Ofício dirigido à Direção Geral do HU/UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do Projeto de Pesquisa: **“A Práxis Educativa no Cuidado da Enfermeira no Contexto Hospitalar”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 02 /Junho/2006.

Prof. Ana Maria Nunes de Faria Stamm
Vice Diretora - HU/UFSC

DIRETOR

em 05/06/2006

APÊNDICE 6

Ofício dirigido ao CEPEN – Hospital Universitário/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Florianópolis/SC, 19 de JULHO de 2006

Ilma. Enfermeira

Enf.ª. Dda. Nádia Chiodelli Salum

Responsável CEPEN-HU/UFSC “Dr. Ernani Polidoro de Santiago”

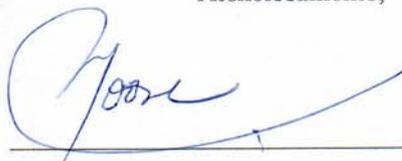
Venho por meio deste, solicitar autorização para desenvolver um Projeto de Pesquisa neste hospital, sob orientação da Doutora Marta Lenise do Prado e Co-orientadora Dr.ª Maria de Lourdes de Souza.

O grupo junto ao qual pretendo desenvolver a pesquisa, será constituído por profissionais enfermeiras das unidades da Clínica Médica Feminina e Masculino, Clínica Cirúrgica I e II, Ginecologia e Obstetrícia e, tem por objetivos; demonstrar e analisar a práxis educativa das(os) profissionais enfermeiras(os) no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar; identificar o nível de práxis que tais enfermeiras(os) apresentam acerca das ações educativas no cuidado; avaliar se ditas ações educativas das enfermeiras(os) contemplam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão, conscientização e transformação e, assim construir uma Teoria de Educação para a liberdade, consciente e inovadora.

A coleta dos dados ocorrerá nos meses de Julho e Agosto de 2006, e consistirá na técnica da entrevista semi-estruturada segundo um roteiro guia e serão desenvolvidas em local acordado pela pesquisadora e participante, que serão previamente agendados.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço, ao mesmo tempo em que me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente;



LITA MIRIAM MOORE ESPINOZA

Enfermeira, Doutoranda da PEN/UFSC


Enf.ª Lélia Emilia May
COREN 25.924
UFSC/HU

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
Parecer Consubstanciado Projeto nº 210 / 2006

I - Identificação

Título do Projeto: A práxis educativa no cuidado da Enfermeira no contexto hospitalar
Pesquisador Responsável: Profª Drª Marta Lenise do Prado – Depto. de Enfermagem / CCS.
Co-orientadora: Profª Drª Maria de Lourdes de Souza
Pesquisador Principal: Lita Miriam Moore Espinoza
Instituição onde se realizará:
Data de entrada no CEP: 05/06/2006

II – Objetivos

Geral: Demonstrar a práxis educativa das (os) profissionais enfermeiras (os) no cuidado de enfermagem hospitalar.

Específicos:

- Identificar e analisar o nível de práxis que as (os) profissionais enfermeiras (os) apresentam acerca das ações no cuidado de enfermagem;
- Avaliar se as ações educativas dos enfermeiros no cuidado de enfermagem contemplam os conceitos de diálogo, participação, ação-reflexão-ação, conscientização e transformação;
- Analisar os determinantes dos níveis de práxis das (os) enfermeiras (os) acerca das ações educativas no cuidado de enfermagem.

III - Sumário do Projeto

Pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório, apoiada na educação libertadora de Paulo Freire e dos Níveis de Práxis propostos por Vasquez. A coleta de dados será realizada mediante entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 10 (dez) enfermeiras das unidades de Clínica Médica Feminina e Masculina, da Clínica Cirúrgica, Clínica Ginecológica e Obstétrica do Hospital Universitário/UFSC, com um mínimo de dois anos de exercício profissional.

IV – Comentários

O tema proposto é relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, as pesquisadoras estão qualificadas ao seu desenvolvimento e o protocolo apresenta todos os documentos necessários para análise.

V - Parecer do CEP: **Aprovado**

VI - Data da Reunião

Florianópolis, 26/06 de 2006

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Washington Portela de Souza'.

Prof. Washington Portela de Souza

Washington Portela de Souza
Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.