

MARILIN HOHL

**INTEGRANDO CONTEÚDOS,
VISUALIZANDO O ENSINAR/CUIDAR**

Florianópolis

Setembro de 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR

**INTEGRANDO CONTEÚDOS,
VISUALIZANDO O ENSINAR/CUIDAR**

MARILIN HOHL

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

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Ymiracy Nascimento de Souza Polak.

Florianópolis
Setembro de 2000.

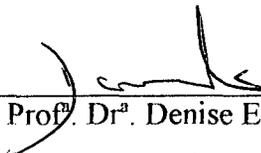
**INTEGRANDO CONTEÚDOS,
VISUALIZANDO O ENSINAR/CUIDAR**

MARILIN HOHL

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

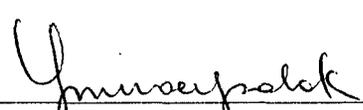
E aprovada na sua versão final em 01 de setembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.


Prof.^ª Dr.^ª Denise E. Pires de Pires

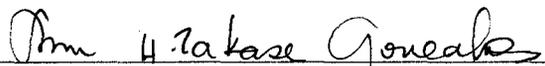
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:

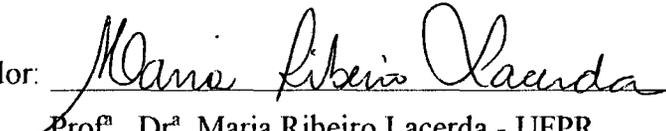
Presidente:


Prof.^ª Dr.^ª Miracy Nascimento de Souza Polak - UFPR

2º Examinador:


Prof.^ª Dr.^ª Lúcia H. Takase Gonçalves - UFSC

3º Examinador:


Prof.^ª Dr.^ª Maria Ribeiro Lacerda - UFPR

Dedico este trabalho a Pedro Paulo, meu querido e doce marido, grande companheiro e amigo de todas as horas. Comigo caminhou em busca da realização e da felicidade. Acreditou na minha capacidade em superar as dificuldades ocorridas nesta trajetória. Entendeu minha ausência ao dedicar-me a este trabalho. Agradeço por ter estado ao meu lado durante a construção deste conhecimento: amando-me, compreendendo, apoiando, incentivando, dialogando e me nutrindo com sentimentos de carinho, afeto e paciência, principalmente nos momentos de dúvida, de angústia, de desespero e de cansaço. A você, o meu amor maior e mais profundo.

AGRADECIMENTOS

Muitos colaboraram de forma direta ou indireta, para que este trabalho acontecesse. Agradeço a todos que contribuíram para a sua realização. De modo especial, destaco:

À Deus, por ter estado comigo, ouvindo-me todas as noites durante as minhas orações, iluminando-me nesta caminhada.

Aos meus queridos familiares, Hohl e Ribeiro, pelo carinho desvelado, com o qual a todo instante me cercaram, pela importância que deram a minha realização profissional e por terem aceitado as minhas ausências em alguns momentos importantes de suas vidas.

À Prof^a Dr^a Ymiracy Nascimento de Souza Polak, orientadora e amiga, que com o seu conhecimento, muito contribuiu para que este trabalho pudesse se concretizar, pois no decorrer desta construção, acreditou em meu potencial, incentivando e ajudando-me, possibilitando, assim, um caminhar criativo, na busca de desenvolver a consciência crítica e reflexiva.

Aos meus colegas docentes, discentes e enfermeiras, participantes do estudo, que compartilharam comigo os momentos desta trajetória; que muito me ensinaram; que ajudaram a iluminar o meu caminho e a tornar essa tarefa mais rica e menos árdua, tornando possível este trabalho. Agradeço o ombro amigo, a solidariedade, o respeito, o diálogo, as trocas de idéias e experiências, agradeço por tudo, principalmente, por cuidarem de mim nesta jornada tão difícil. Tenho certeza que juntos prosseguiremos na linha deste estudo em busca do verdadeiro “ensinar a cuidar”.

À Lilia, que no transcorrer da construção deste conhecimento, mostrou-se mais do que cunhada, mas uma amiga atenta e cuidadosa, zelando, com suas contribuições-observações-sugestões enriquecedoras, para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Elaine, agradeço o carinho, o estímulo, o apoio e, também, à disponibilidade, especialmente nas traduções dos textos, que muito me auxiliaram na busca do meu referencial “ensinar/cuidar”.

À Mellisa e Ariane, pela valiosa contribuição no período da coleta das informações, o meu agradecimento afetuoso.

Aos alunos do 3º e 4º Ano do Curso de Enfermagem, muito obrigada por terem compartilhado períodos tão importantes de suas vidas comigo, possibilitando não só a troca de energia mas a vivência de nossa subjetividade.

À minha colega e amiga Leoni, para a qual me faltam palavras para agradecer e expressar minha admiração, respeito e carinho ser pessoa tão linda e verdadeira. Obrigada pela presença constante e inesquecível companheirismo.

À Lia e Vera, amigas de todas as horas, pela certeza de poder contar com vocês. Também pelo afeto e carinho, manifestados no apoio constante.

À Andréia, que dividiu esse tempo comigo, ligando-me nas horas mais difíceis, dando força, incentivando-me, enfim, demonstrando muito carinho e afeto.

À Profª Leda, que com sua sensibilidade contribuiu em especial para a concretização do Curso de Mestrado Interinstitucional. Agradeço pelo incentivo/estímulo, pela ajuda nas situações difíceis e pela compreensão da minha ausência durante esta desafiadora jornada.

À Profª Neuza, minha educadora-facilitadora (nas monografias da especialização), pelo exemplo de que nossa vida pode se tornar uma obra de arte; por favorecer o meu crescimento científico sem imposições e respeitando o meu jeito de ser, pensar e agir.

Aos colegas do Curso de Mestrado, pela atenção, pelo cuidado, pelos momentos de alegria e descontração, pelas trocas de experiências tão essenciais para a conquista de nosso crescimento e amadurecimento.

À Adalgiza, que comigo caminhou até certo momento, trocando idéias e experiências tão essenciais para o início desse trabalho.

Às colegas do Curso de Enfermagem da PUCPR, agradeço a compreensão por assumirem minhas atividades durante a realização do mestrado.

À Maria de Lourdes, minha professora de português, por compartilhar comigo as incertezas, os temores e as certezas. O caminho ficou mais fácil, pela sua orientação.

A todas as minhas amigas e amigos que cruzaram o meu caminho, auxiliando-me a crescer e desenvolver como pessoa e como profissional enfermeira-educadora. Em particular, à Ana Maria, o meu muito obrigado.

Por último, destaco um especial agradecimento à Direção da Pontifícia Universidade Católica do Paraná que, entendendo a importância do meu aprimoramento pessoal e profissional, facilitou o meu caminhar com incentivo e apoio.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I	
SITUANDO O ESTUDO.....	1
CAPÍTULO II	
BUSCANDO O SUPORTE TEÓRICO.....	8
2.1. Integração/Interdisciplinaridade.....	8
2.2. Ensinar/Cuidar.....	28
CAPÍTULO III	
CONSTRUINDO O MARCO REFERENCIAL.....	41
3.1. Ser Humano.....	42
3.2. Ambiente.....	43
3.3. Enfermagem.....	43

3.4. Integrar/Interdisciplinar	44
3.5. Ensinar/Cuidar	44

CAPÍTULO IV

DESCREVENDO A TRAJETÓRIA PERCORRIDA	46
4.1. Adentrando no Cenário da Pesquisa	48
4.2. Compondo o Grupo de Estudo	49
4.3. Traçando a Trajetória.....	50
4.4. Coletando as Informações	58
4.5. Analisando e Interpretando as Informações	61
4.6. Valorizando os Aspectos Éticos	62

CAPÍTULO V

DELINEANDO ESTRATÉGIAS E INTEGRANDO CONTEÚDOS.....	66
5.1. Apresentando a Proposta.....	66
5.2. Implantando e Implementando a Proposta.....	75
5.3. Avaliando o Processo da Implantação e Implementação.....	82

CAPÍTULO VI

ANÁLISE REFLEXIVA	100
--------------------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
--	------------

ANEXOS.....	121
ANEXO I - Estrutura Curricular do Curso de Enfermagem da PUCPR.....	122
ANEXO II - Solicitação à Diretoria do Curso de Enfermagem.....	126
ANEXO III - Solicitação 1. Professor	127
ANEXO IV - Solicitação 1. Discente	132
ANEXO V - Solicitação 1. Enfermeiro	136

ANEXO VI - Solicitação 2. Professor	138
ANEXO VII - Solicitação 2. Discente	139
ANEXO VIII - Solicitação 2. Enfermeiro	140
ANEXO IX - Programa da Disciplina Enfermagem Clínico Cirúrgica I e II	141

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Trajetória Metodológica	65
FIGURA 2: Programa da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II.....	74

RESUMO

INTEGRANDO CONTEÚDOS, VISUALIZANDO O ENSINAR/CUIDAR

O presente é um estudo qualitativo que tem como objetivo propor, implantar, implementar e avaliar a integração dos conteúdos da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II e responder a questão: **“Quais estratégias precisam ser delineadas pelos docentes, discentes e enfermeiras, que possibilitem a integração de conteúdos da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, em vista do ensinar/cuidar?”**. Para tanto foram vivenciados dois momentos. O primeiro experienciado na Prática Assistencial constou do diagnóstico situacional e da sensibilização dos atores envolvidos no estudo - docentes, discentes e enfermeiras. O diagnóstico possibilitou a identificação de seis categorias: pouca participação do discente na elaboração do plano de ensino; necessidade de investir na capacitação do docente; fortalecer a integração de conteúdos e das pessoas; necessidade de revisar as metodologias utilizadas; reforçar a relação teoria x prática; e estimular comunicação adequada. O segundo momento foi constituído por nove reuniões formais e teve como objetivo subsidiar a construção da proposta de integração de conteúdos. Durante essa fase o grupo optou pela definição: da Unidade Introdutória, das Unidades Programáticas, dos Conceitos-Chave, dos Propósitos, das Aptidões, da Metodologia e do Sistema de Avaliação. A proposta foi norteada pelo referencial filosófico do Cuidado e pela Metodologia da Problematização. O estudo permitiu: verificar que a integração de conteúdos é possível; oportunizar o desenvolvimento do auto-conhecimento e da cidadania; estimular o diálogo; o crescimento do grupo; a articulação docente/assistencial. Os dados obtidos mostraram ainda a necessidade da inserção e do aprofundamento do conteúdo referente ao cuidar no currículo, nas disciplinas que precedem e procedem a disciplina em tela.

ABSTRACT

INTEGRATING CONTENTS, LOOKING FOR THE TEACH/CARE

This qualitative study has as concern to propose, to introduce and to evaluate the integration between the contents of the subjects Clinical-Surgery Nursing I and II, and to answer the question **“Which strategies need to be done by the teachers, the students and the nurses, that might provide the contents’ integration of the subjects Clinical-Surgery Nursing I and II, looking for the teach/care?”** In this way were experienced two steps. The first step that *Prática Assistencial* done was the situational diagnosis and sensibilization of the integrants of the study – teachers, students and nurses. The diagnosis facilitated the six categories identification: a small participation of the students on the elaboration of the teaching plan; the necessity to invest in teaching staff; the necessity to fortify integration of the contents and person; the necessity of reviewing methodologies; the necessity to reinforce the relationship theory X practice; and to stimulate the correct communication. The second step were constituted by nine formal meetings, that the purpose was to subsidize the proposal of integrate the contents. During this phase, the group choose the definition: Introducing Unit, Programmatic Unit, Key-Concepts, Proposals, Capacities, Methodology and Evaluation System. The proposal was guided by the philosophical reference *Cuidado e Metodologia da Problematização*. The study allowed : to verify that the content’s integration is possible; to increase the development of self-knowledge and citizenship, to stimulate the dialogue, the group expanded; articulation of academician/assistencial. The obtained data showed the necessity of insertion and penetration of the content referred in taking care in the curriculum, in the subjects that antecede and result the subject focused.

CAPÍTULO I

SITUANDO O ESTUDO

No limiar do terceiro milênio, um rápido balanço mostra que a sociedade tem experimentado grandes transformações, principalmente no século XX. Contudo, percebe-se que o ser humano ainda continua com algumas necessidades básicas milenares, tais como: saúde e educação, as quais se constituem objetos deste estudo.

A interação destas duas áreas é de tal magnitude que exige uma reflexão sobre o que é necessário, quantitativa e qualitativamente, para que se possam formar profissionais comprometidos com o humano, com a qualidade de vida, uma vez que esta reflete e se propaga em todas as dimensões sociais. Desconhecer essa realidade implica em trazer repercussões negativas com danos, às vezes, irrecuperáveis para o homem.

Todas as instituições, entre elas as responsáveis pela formação superior, não podem esquivar-se deste embate, pois têm como função precípua preparar profissionais críticos, comprometidos com as necessidades de saúde da população.

O preparo de profissionais da área de saúde requer posicionamento competente para que se possa responder à demanda social, atendendo sempre aos princípios éticos e humanos. Para tanto, “a escola precisa preparar-se para ‘dar conta’ da formação dos profissionais necessários à sociedade brasileira, com os olhos voltados para o futuro” (Guariente, 1998, p. 139).

Segundo o descrito por Haddad et al. (1993), atualmente a situação das escolas e da educação constitui um dos maiores problemas, tendo sido objeto de estudos por vários especialistas. As opiniões divergem e os pareceres, muitas vezes, são contraditórios, embora subsista a concordância em um aspecto: a constatação de que existe algo entre a realidade e as escolas que precisa ser mudado.

Destaca-se que muitos vêm como imprescindível uma aproximação mais efetiva e eficiente entre a escola e a realidade social. A relação atual, conforme vem sendo realizada, tem demonstrado pouco compromisso com a formação de profissionais comprometidos com os anseios e as necessidades de saúde da sociedade brasileira.

Krowczuk (1986) destaca que, nas últimas décadas, a situação das escolas e da educação tem sido objeto de mudança, quanto aos métodos de ensino, planos curriculares, bibliografias, em suma, mudança em todos os aspectos educativos. Embora se comprove que inovações tenham sido freqüentes, as transformações reais no ensino-aprendizagem têm sido limitadas.

Essa limitação é percebida nas atitudes dos professores e dos alunos. Os professores só se preocupam em transmitir aos alunos uma variedade e uma quantidade de noções/conceitos/informações, enquanto os alunos ouvem, anotam e memorizam informações (de diferentes tipos, desde conceitos simples até leis); realizam tarefas padronizadas para fixação das informações e quase sempre reproduzem as informações e as práticas memorizadas (Assad & Berbel, 1998).

No primeiro caso, os professores não interagem e não ensinam a pensar. Os alunos, por sua vez, não tendo sido estimulados, são incapazes de atitudes críticas, apresentando, assim, dificuldades no desenvolvimento de habilidades, na aplicação dos conhecimentos, na análise de situações práticas e na formulação de alternativas coerentes, quando solicitados a intervir. Tudo isso acaba prejudicando a percepção do que a sociedade espera deles. Em decorrência, o conhecimento é trabalhado de modo fragmentado e descontextualizado, reduzindo o saber a uma simples informação verbal, e o fazer a uma mera reprodução.

O exposto, anteriormente, aponta o cotidiano de nossa prática educativa e a necessidade de refletir sobre ela, bem como indagar o que os professores pensam ser o conhecimento enquanto ensinam, e qual a relação existente entre essa concepção e a prática educativa.

Baseados nessas considerações e na experiência prática como docente, é que, freqüentemente, tenho-me detido na análise e no julgamento de minha atuação, quanto aos fatos que envolvem o ambiente educacional e as diversas situações decorrentes do processo de formação profissional. Esta análise, levou-me a perceber que na minha prática

educacional ocorre a fragmentação do conhecimento e a descontextualização da realidade, constatações que justificam minha inquietação.

Esta apreensão surgiu de experiências pessoais, na função de docente, no decorrer de três anos no Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), quando sentia a desintegração das atividades docentes.

Essa constatação possibilitou a repetição de conteúdos percebidos por mim e por mais duas colegas, no início de 1998, quando tentamos integrar três Unidades Temáticas: Enfermagem Clínica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em Centro-Cirúrgico. Por vários motivos, essa experiência não pode ser levada adiante.

Para verificação da fragmentação da minha prática educacional, fiz um diagnóstico situacional, desenvolvido no Mestrado, nas Disciplinas Prática Assistencial de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem e Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem. Assim, busquei verificar até que ponto a minha percepção estava correta. Esse diagnóstico norteou e subsidiou os conteúdos desenvolvidos nas oficinas de sensibilização com os docentes, as discentes e as enfermeiras, tendo em vista a construção da proposta de integração de conteúdos.

Considerando a importância do diagnóstico situacional e das oficinas de sensibilização, como principal eixo condutor da referida integração, foi que dei ênfase especial à estes dois momentos. A partir destes dois momentos, o grupo (docentes, discentes e enfermeiras) baseou-se para planejar a proposta de integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar. Daí a razão de ser esse o tema central da minha Dissertação.

O diagnóstico situacional apresenta o cenário no qual foi desenvolvida a minha Prática Assistencial: descreve a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), sua missão e interação com a sociedade; salienta as principais características do Curso de Graduação em Enfermagem da PUCPR; finaliza apresentando uma análise de como vem sendo desenvolvida o plano de ensino da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II.

A Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) é orientada por princípios éticos, cristãos e maristas. Tem por missão desenvolver e difundir o conhecimento e a cultura, bem como o de promover a formação integral e permanente de cidadãos e de profissionais comprometidos com a vida e com o progresso da sociedade. Tendo como

meta futura, ser reconhecida como universidade de referência nacional, pelo dinamismo, pela criatividade, pela qualidade de seus cursos e pelos serviços prestados à comunidade.

O Curso de Enfermagem da PUCPR, atualmente, está embasado no Currículo Mínimo de 1994, aprovado pelo Ministério da Educação e do Desporto, Portaria n.º 1.721, de 15 de dezembro de 1994 (Brasil, 1994a) e tem o compromisso de formar o enfermeiro segundo as diretrizes e práticas do atual Sistema de Saúde, em consonância com a filosofia da PUCPR. Ele compreende 4 áreas temáticas, nas quais estão incluídas matérias e disciplinas de ciências biológicas, humanas e de enfermagem, envolvendo a assistência e a administração. Sua carga letiva total é de 3.680 horas, divididas em 1.755 para ensino teórico, 750 para ensino prático e 1.175 para estágio supervisionado. As disciplinas são ministradas em 8 períodos, perfazendo 4 anos de curso (Anexo I).

O Curso de Enfermagem da PUCPR se propõe a formar enfermeiro capaz de atuar na problemática de saúde com ênfase para os aspectos biopsicossociais, objetivando manter o equilíbrio do ser humano por meio da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, mediante a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão.

A Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II é ministrada no 5º e 6º período do 3º ano, com carga horária total de 480 horas, divididas em 195 para o ensino teórico, 60 para ensino prático e 225 para estágio supervisionado. Apresenta-se subdividida em seis Unidades Temáticas: Primeiros Socorros, Saúde Ocupacional, Enfermagem Clínica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem em Centro Cirúrgico e Enfermagem em Doenças Transmissíveis. As Unidades Temáticas são ministradas por diferentes professores, com suas respectivas cargas horárias.

A análise da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II permitiu observar diferentes descrições de ementas, a falta de objetivos comuns, a desintegração e repetição dos conteúdos, os diversos tipos de avaliações, a falta de participação dos alunos no planejamento das atividades, a dicotomia entre teoria e prática.

Na elaboração do conteúdo programático, cada professor expressava seu pensamento em relação aos critérios adotados, tendo como base referencial o conhecimento empírico. Percebeu-se, naquele momento, que os professores envolvidos nesta disciplina, apresentavam diferentes modos de ensinar.

Assad & Berbel (1998, p. 23) justificam esse dado, salientando que “isto ocorre porque cada professor, a partir de sua formação, de suas experiências e crenças, acaba desenvolvendo um estilo próprio de interagir com os alunos, de organizar e conduzir o processo de ensino, de avaliar se atingiu os resultados, etc.”

A metodologia adotada na disciplina em foco, caracterizou-se por estar centrada no docente, atribuindo uma importância demasiada a variedades e quantidades de conteúdos, mas com pouca ênfase no crescimento pessoal do aluno. Enfatizou técnicas e patologias, conseqüentemente, abordou o cuidado de enfermagem, tendo como foco a doença, o que exigiu um refletir sobre a qualidade do cuidado que vinha sendo ofertado por profissionais ensinados/educados de forma fragmentada.

A situação vivenciada por mim, acrescida ao diagnóstico situacional, evidenciou o pulverizar das ações pedagógicas. Preocupada com essa realidade, questiono: **Quais estratégias precisam ser delineadas pelos docentes, discentes e enfermeiras, que possibilitem a integração de conteúdos da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, em vista do ensinar/cuidar?**

Para tanto, necessário se faz transformar o processo de ensino-aprendizagem a partir da reflexão quanto às questões da prática profissional, buscando o entendimento e as respostas para as experiências vivenciadas pelos docentes, discentes e enfermeiras.

Apesar da nossa formação tecnicista, desenvolvida dentro de parâmetros de um modelo biomédico de ensino, este processo está se rompendo mediante a participação crítica e criativa num trabalho interdisciplinar, que visa a reflexão e as transformações das questões da prática profissional que levam a fragmentar o cuidado e a descontextualizá-lo da realidade.

Portanto, sabe-se que para superação desse problema, a disciplina em foco requer uma abordagem interdisciplinar e cuidados integrais. Assim, equipes de trabalhos integradas, com o cuidado de saúde interdisciplinar, são consideradas holísticas (que exige a visão da totalidade) pelos seguintes aspectos: o ser humano deve ser considerado em interação e como um todo integrado; o seu cuidado deve ser dinâmico e fluido para acompanhar suas alterações e necessidades.

Tendo em vista as considerações apresentadas, o presente estudo tem como objetivo: **Propor, implantar, implementar e avaliar a integração dos conteúdos da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II.**

Para a consecução do objetivo proposto neste estudo, contou-se com a parceria de quatro docentes, de duas discentes matriculadas no 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e de duas enfermeiras: uma do Hospital Universitário Cajuru (HUC) e a outra da Irmandade Santa Casa de Misericórdia.

Estas parcerias favoreceram: ao docente, o seu crescimento enquanto educador e facilitador; ao discente, assegurado o desenvolvimento de competência para o cuidar, de forma que lhe facilitasse, no futuro, o pensar/saber e o agir/fazer e; à enfermeira, apontado o investimento/avanço/progresso do saber fazer, permitindo-lhe a análise e modificação da prática, bem como a oportunidade de colaborar na formação de nossos profissionais.

Refletir sobre isso, faz com que a enfermeira retroalimente a sua própria prática, num processo de ir e vir. Somente desta forma, ela, realmente, desenvolverá suas funções: o assistencial, o gerenciamento, a investigação e o ensino. Portanto, estas parcerias permitiram ao docente, discente e enfermeira refletir sobre seus papéis no imbricamento de suas ações/attitudes e no potencial desenvolvimento de habilidades inerentes aos papéis assumidos.

A tomada de consciência da necessidade de trabalhar de forma conjunta, harmoniosa e o relacionamento entre os pares de modo mais horizontal e recíproco, mantendo permanente comunicação entre o grupo que compartilharam presenças e saberes, pôde garantir maior qualidade no ensino-aprendizagem e maior abrangência na visão do cuidado, assegurando resultados positivos na prática (Meirelles, 1998).

Entende-se que o trabalho interdisciplinar contribui para uma visão mais ampla da realidade, pois se estabelece uma articulação com outros conhecimentos, além de melhorar o entendimento dos fatos e dos fenômenos que interferem nos processos que comprometem a saúde dos indivíduos e da sociedade.

Neste sentido, somente um pensar e um agir interdisciplinar, com as trocas de experiências entre os docentes, discentes e enfermeiras e a integração dos conteúdos das diversas Unidades Temáticas da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, é que se

pôde atender, numa visão ampla, o cuidado de saúde integral ao indivíduo, de forma personalizada, respeitando os seus desejos, as suas condições sócio-econômicas e a sua história com enfoque na melhoria da qualidade de vida.

Após ter situado o estudo, apresento no capítulo seguinte o suporte teórico, onde foram pontuados os aspectos sobre integração/interdisciplinaridade e o ensinar/cuidar.

CAPÍTULO II

BUSCANDO O SUPORTE TEÓRICO

O presente capítulo apresenta, de forma sucinta o discurso existente na literatura voltado para a Integração/Interdisciplinaridade e o Ensinar/Cuidar. Antes de introduzir o conceito de interdisciplinaridade, convém conceituar a integração de conteúdos, visto que, para a efetivação da interdisciplinaridade, faz-se necessário, primeiramente, a realização de todas as características da integração: aproximação, diálogo, relacionamento, humildade, respeito, colaboração, trocas, estudo e interpretação dos conhecimentos, e outras. Assim, seguem os seguintes temas, considerados importantes para esta dissertação: *integração/interdisciplinaridade*, na qual foram abordadas: as diferentes tendências pedagógicas, a conceituação de integração e sua relação com a interdisciplinaridade, e a interdisciplinaridade, suas características e conseqüências no ensino; e *ensinar/cuidar*, na qual se enfatizaram os conceitos de ensinar e de cuidar/cuidado, bem como sua inter-relação/correlação de ensinar a cuidar.

2.1. INTEGRAÇÃO/INTERDISCIPLINARIDADE

As mudanças ocorridas no país, nas últimas décadas, quando a sociedade começa a participar e a cobrar mais o seu futuro, reflete na educação, pois as instituições de ensino começaram a se preocupar em preparar profissionais que respondam adequadamente, a essas evoluções.

Nesse sentido, as escolas vivem um processo de mudança constante, que visa, principalmente, à formação de profissionais que estejam preparados para atender às

necessidades do mercado de trabalho, respondendo com competência a expectativa da sociedade e de serem agentes transformadores no seio do microcosmos em que atuam.

Esse desafio que a escola enfrenta, faz com que, freqüentemente, suas práticas sejam revistas, ocorrendo debates participativos sobre suas políticas e procedimentos. Para esse desafio, a escola encontra resposta na elaboração de um Projeto Pedagógico, em que todos devem estar envolvidos numa prática pedagógica. A mudança curricular, ângulo da questão, faz-se urgente. Ela deve procurar o crescimento, na relação entre educando e educador. Carmo (1998) considera que a escola é um projeto em permanente estruturação, através de toda a comunidade escolar, comprometida com a construção de uma sociedade mais justa.

Segundo Juliato (1998, p. 15), Projeto Pedagógico Educacional “é um conjunto de princípios estabelecidos para nortear a atuação acadêmica da Universidade”.

Numa perspectiva de qualidade educativa, pode-se considerar o Projeto Político Pedagógico como sendo um conjunto de propósitos, de delineamento, de diretrizes e de estratégias que conduzem o processo educativo, isto é, processo teórico de ação-reflexão-ação da prática pedagógica (Dorigon, 1995).

Para Silva (1992, p. 42), Projeto Político Pedagógico “é o conjunto de diretrizes e estratégias que expressam e orientam a prática pedagógica”. Diretriz, aqui, é compreendida como o apanhado de informações e experiências usadas para desenvolver o projeto. Estratégia significa a aplicação dessas mesmas informações e experiências, agora usadas para que os objetivos do projeto possam ser atingidos. Motta (1993, p. 82) define estratégia “como um conjunto de decisões fixadas em um plano ou emergentes do processo organizacional, que integra missão, objetivos e seqüência de ações administrativas num todo interdependente”.

Com estas concepções, o Projeto Político Pedagógico não pode ser confundido com o currículo. A sua abrangência vai além, trata-se da própria concepção do curso, do processo de formação de um certo profissional em momento histórico determinado (Gisi & Zainko, 1998). Assim, o projeto pedagógico, diz respeito à própria organização do trabalho, que visa combater a fragmentação da formação e a robotização do trabalho. Ele não é construído apenas para cumprimento de agenda, mas deve ser vivenciado em todos os momentos da atividade acadêmica.

Nessa perspectiva, o Projeto Pedagógico vai além dos planos de ensino e das atividades diversas relacionadas com o currículo, pois projetar é lançar para frente. Esse projetar deve ser baseado no que temos e no que desejamos, buscando sempre a concretização das utopias, mantendo sempre o horizonte dos desejos em perfeita sintonia com a realidade.

Para se poder implantar o Projeto-Pedagógico, com grau satisfatório de eficácia nas organizações, deve-se levar em consideração os aspectos políticos, legais, econômicos e culturais. Se adotado por uma organização, faz-se necessário ousar, inovar, refletir, discutir, ter criatividade e vontade de mudar todo o projeto educativo. Isto, certamente, contribui para fortalecer o educando, ajudando-o na formação de cidadão autônomo, inventivo, observador, pensativo, criativo, crítico, expressivo e comprometido com a justiça social. Desta forma, ele se torna um agente da ação transformadora, capaz de fazer uma leitura crítica do mundo que o cerca.

Segundo Gadotti (1994), todo o projeto supõe rupturas com o presente e promessas para o futuro. Projetar significa tentar interromper um estado confortável para se arriscar, atravessar um período de instabilidade e buscar um novo em função da promessa que cada projeto contém.

A elaboração de um Projeto Pedagógico que esteja, realmente, preocupado com a estrutura de um curso e com um currículo vivenciado, deve ser precedido de reflexão e debates que o possibilitem encontrar opções asseguradoras da sua viabilidade.

A PUCPR experimenta, atualmente, uma fase de transformação a começar com a revisão e elaboração de novos projetos pedagógico-educacionais de cada um dos seus Cursos, e culmina com reorientação no sentido de posicionar a Universidade numa educação a serviço da vida e do futuro.

A estruturação do projeto pedagógico-educacional está sendo levada a efeito, e além de definir a ação de cada um dos Cursos da Universidade, contém, quando compilado: o seu ideário básico, a expressão que se pretende atingir em cada contexto específico, o perfil do profissional que está formando, os currículos, programas, abordagens metodológicas e respectivas experiências pedagógicas que são adotadas. Esta estruturação, tem como sustentáculo três grandes pilares: fundamentos ético-sociais, fundamentos epistemológicos e fundamentos didático-pedagógicos.

Na fase de elaboração do projeto, foi o momento de clarear a linha educacional, de reforçar a preocupação humanística e de fortalecer o comprometimento com a educação integral. Esse momento, também, propiciou e facilitou a aplicação da proposta que integra os conteúdos de uma mesma disciplina, o que constituiu o foco de minha Prática Educacional.

Ao elaborar a proposta de integração dos conteúdos das Unidades Temáticas da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, sentiu-se a necessidade de estudar, discutir e refletir sobre as abordagens metodológicas de ensino. Para tanto, foi levantado, organizado e agrupado os vários referenciais bibliográficos a respeito deste assunto. Desta forma, buscou-se, através destas descrições, citadas a seguir, situar o grupo envolvido neste estudo dentro de cada uma das diferentes tendências pedagógicas, a fim de possibilitar que o mesmo se identifique pelo menos em uma dessas pedagogias. Isto permitiu ampliar os conhecimentos na prática docente. Sabe-se muito bem que “um professor sem sólida orientação teórica, dificilmente, consegue ir além de manter os alunos ocupados e também sem esta base a sua atuação será interpretada como confusa e perturbadora” (Pettengill et al. 1998, p. 25).

Diante desta atitude do grupo, concorda-se com a afirmação de Silva & Ruffino (1999), no sentido de que o enfermeiro ao atuar em educação necessita conhecimento das diferentes abordagens de ensino ou tendências pedagógicas, que podem nortear a prática docente, sabendo que as mesmas refletem o caráter ideológico que perpassa o sistema educacional de contextos determinados.

O currículo é o próprio fundamento de qualquer Sistema Educacional e encontra-se à mercê das tendências pedagógicas; por isso, torna-se também importante, traçar uma visão esquematizada e resumida dos três modelos de ensino que predominam no sistema educacional:

- O modelo tradicional acadêmico (Carmo, 1998) ou somente abordagem tradicional (Silva & Ruffino, 1999; Pettengill et al., 1998; Mandú, 1994; Bordenave, 1994) ou “educação bancária” (Freire, 1987).
- O modelo tradicional técnico-científico (Carmo, 1998) ou abordagem comportamental (Silva & Ruffino, 1999; Pettengill et al., 1998) ou abordagem

tecnicista (Mandú, 1994) ou pedagogia do condicionamento (Bordenave, 1994).

- O modelo libertador ou sócio-cultural (Silva & Ruffino, 1999; Carmo, 1998; Pettengill et al., 1998) ou abordagem progressista (Mandú, 1994) ou pedagogia da problematização (Bordenave, 1994; Freire, 1987).

O currículo no modelo tradicional acadêmico é direcionado por uma visão individualista de homem e pela concepção de uma sociedade que não deve ser mudada. Sua práxis é caracterizada por relações de denominação social: o professor é detentor do saber e do poder decisório quanto à metodologia, conteúdo, avaliação e forma de interação com o aluno. Ele transmite, transfere, deposita a cultura acumulada e a ideologia dominante por meio dos conteúdos, preocupa-se em cumprir objetivos e metas, prazos e prescrições. O aluno, por sua vez, recebe passivamente, ouvindo, copiando, memorizando, repetindo e reproduzindo os saberes dos outros, totalmente, desvinculados de seus problemas reais (Silva & Ruffino, 1999; Carmo, 1998; Pettengill et al., 1998; Mandú, 1994; Bordenave, 1994; Freire, 1987). Estes dados demonstram que o aluno ocupa uma posição secundária no processo educativo.

O docente espera que o aluno dê respostas que coincidam com aquelas que ele (professor) estabeleceu como certas para os problemas formulados. O aluno é direcionado por modelos e valores que devem ser imitados, utilizando-se do auto-esforço e da auto-disciplina; ele é um mero espectador que realiza somente o que lhe é mandado. O educador é narrador, dissertador que utiliza seu saber como instrumento de coerção para instaurar o poder na sala de aula (Silva & Ruffino, 1999; Pettengill et al., 1998, Mandú, 1994; Freire, 1987). A narração, de que o educador é sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração, segundo Freire (1987, p. 58), “os transforma em ‘vasilhas’, em recipientes a serem ‘enchidos’ pelo educador. Quanto mais for ‘enchendo’ os recipientes com seus ‘depósitos’, tanto melhor o educador será. Quanto mais se deixem docilmente ‘encher’, tanto melhor os educandos serão”.

No entender de Silva & Ruffino (1999) e Pettengill et al. (1998), a relação estabelecida entre docente e discentes, neste modelo, é vertical, unilateral e de dependência, inexistindo a formação de grupo para que não ocorra interação entre os

estudantes. O docente regula o tempo, o espaço e os papéis dos envolvidos na relação estabelecida no contexto escolar (Bagnato, 1997).

Segundo Bordenave (1983), as possíveis conseqüências desta pedagogia seriam a passividade do aluno, a falta de atitude crítica, grande absorção de informação, falta de questionamento e problematização, individualismo, falta de participação e cooperação, falta de conhecimento da própria realidade, imitação de padrões intelectuais, artísticos e institucionais, entre outros.

No modelo tradicional tecnológico-científico, o currículo está centrado nos meios utilizados para obter um comportamento desejado pela sociedade. Nesta postura, a relação educação-sociedade se mantém conservadora. Ao referir-se a esse aspecto, Bordenave (1994) menciona que a pedagogia do condicionamento se diferencia da pedagogia da transmissão. A primeira, não considera como mais importante no processo educativo, as idéias e os conhecimentos. Na verdade, ela enfatiza os resultados comportamentais, ou seja, as manifestações empíricas e operacionais de conhecimentos, de atitudes e de destrezas.

Aqui, o professor é o mediador entre os manuais (previamente elaborados), os materiais (sofisticados que qualificam a escola) e o aluno. Ele transmite os conteúdos que visam atingir os objetivos e as habilidades, tendo como resultado os comportamentos mais complexos. Utiliza aparato tecnológico-educacional para atingi-los, com a aplicação de conhecimentos científicos e técnicas em sala de aula, sem envolvimento pessoal do professor (Silva & Ruffino, 1999; Carmo, 1998; Pettengill et al., 1998; Mandú, 1994).

Segundo Bagnato (1997) e Meyer (1995), este modelo de ensino se fez presente no Currículo de Enfermagem, por volta de 1940, tendo como uma de suas principais características o desempenho de tarefas e procedimentos. O interesse maior não era o crescimento intelectual das estudantes, mas, sim, torná-las rápidas e eficientes no atendimento ao doente. Descrevem, ainda, que, neste período, houve outras características: a padronização do desempenho, a supervisão minuciosa das atividades, a impessoalidade nas relações de trabalho, a rigidez no treinamento, a destreza no trabalho pesado, a disciplina (arte de dominação do ser humano), a lealdade, a delicadeza, a submissão, a passividade, a religiosidade, a exigência da humildade, devoção e servilismo com o

objetivo de formar um profissional dócil, obediente e controlável, permitindo o alcance das metas de produtividade e eficiência.

Quanto ao atual Currículo de Enfermagem, pode-se perceber que o condicionamento operante ainda se faz presente, principalmente o ensino das técnicas e procedimentos de enfermagem, sem ênfase no porquê ou sem o delineamento dos princípios científicos. Visualiza-se uma seqüência de pequenos passos que são programadas pelo docente e realizadas pelo discente num espaço definido de tempo para que se atinja a habilidade esperada no desempenho da função objetivada. Isto é muito freqüente nas aulas em laboratórios de enfermagem, que visam treinar os alunos num ambiente, especialmente, preparado para esse fim.

Portanto, uma seqüência de atividades técnicas são programadas, controladas e supervisionadas, minuciosamente, pelo docente (como por exemplo, a técnica de preparo de medicação injetável Intramuscular). O aluno segue as etapas seqüenciais, recebe um reforço ou uma recompensa quando a resposta emitida coincide com o aprendizado programado, ele associa a resposta e a recompensa com certos estímulos. A próxima vez que o aluno for exposto aos estímulos, voltará a emitir a resposta anterior. Após várias repetições, já não será necessário dar-lhe uma recompensa senão esporadicamente (Bordenave, 1994). Com isso, pode-se notar que comportamentos indesejáveis são extintos, cedendo lugar aos considerados adequados e pertinentes. Nestes laboratórios, onde os alunos se exercitam tecnicamente, é freqüente verificar os ensaios dos alunos na execução dos procedimentos, passo por passo, até adquirirem habilidade necessária ao mesmo.

O mesmo pode ser observado nos campos de estágio, onde os alunos podem exercitar o que aprenderam no laboratório e em sala de aula, recebendo reforços adicionais e adequados subseqüentes a esta etapa, para consolidar o aprendizado desejado. Os reforços são dados pelo professor durante o procedimento e ao término destes, sob formas variadas – do elogio, das distinções a notas propriamente ditas. Esta prática foi denominada por Meyer (1995) de Enfermagem Funcional, tendo como foco o desempenho de tarefas e procedimentos, e não o doente.

Com relação ao último modelo de ensino, a pedagogia da problematização, Bordenave (1994), parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante

não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos/procedimentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno ser participante e ser agente da transformação social para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. Por esta razão, a capacidade que se deseja desenvolver é a de **fazer perguntas relevantes** em qualquer situação para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente.

Neste modelo, a avaliação é considerada como parte do processo ensino-aprendizagem, relacionada a objetivos, conteúdos e métodos. A avaliação deve servir ao processo de ensino e é no dinamismo desse processo e nas interações professor-aluno que se dá o espaço para sua realização. Nesse espaço, docentes e discentes são objetos e sujeitos da avaliação, avaliando-se também aos objetivos, conteúdos e metodologias de ensino (Mandú, 1994).

A função da avaliação é acompanhamento e orientação tanto para a escola quanto para os professores e alunos; não se volta apenas para a competência do educando, mas também para a competência do educador e da escola. Neste sentido, ela é um processo coletivo, da responsabilidade de todos, comprometida com a renovação da Prática Pedagógica. Na proposta pedagógica progressista, é fundamental: o aluno refletir sobre o objeto de conhecimento e o seu auto-progresso; o educador ter competência técnico-política e propiciar o progresso dos educandos; e o aluno e o professor estarem comprometidos com os objetivos da Escola e da Prática Pedagógica, voltados para a prática social. O trabalho escolar, o progresso do aluno e a atuação do professor, ao serem avaliados, excluem um julgamento definitivo, dogmático e autoritário, ao contrário, este julgamento deve ser processualizado como provisório e estimulador (Mandú, 1994).

Desta forma, o modelo libertador se caracteriza por um currículo centrado nas pessoas e em suas relações e interações, o qual elimina pela raiz as relações autoritárias. A relação professor-aluno é horizontal e não imposta, onde ambos aprendem e ensinam; o professor deve criar, junto com a classe, condições para a percepção e discussão das contradições da sociedade da qual eles fazem parte (Silva & Ruffino, 1999).

Neste caso, não há escolas nem professor, mas círculos de cultura e um coordenador cuja tarefa essencial é o diálogo. Desta maneira, "o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao

ser educado, também educa” (Freire, 1987, p. 68). Portanto, pode-se afirmar que o diálogo é a característica marcante ou a essência desta educação e somente através do diálogo será possível democratizar a cultura (Pettengill et al., 1998).

O educador, cujo campo fundamental de reflexão é a consciência do mundo, cria, não obstante, uma pedagogia voltada para a prática histórica real (Pettengill et al., 1998, p. 23). O professor assume o papel de orientador da aprendizagem, ajudando o educando no desenvolvimento de uma consciência crítica, questionadora, com o desejo de compreender e conhecer. É a busca da verdade (Carmo, 1998).

Estas considerações podem ser, facilmente, constatadas por Freire (1987) quando descreve que a verdadeira educação consiste na educação problematizadora, a qual visa o desenvolvimento da consciência crítica, usa a criatividade e liberdade como meios de superar as contradições da educação bancária. Entretanto, o mesmo autor, reconhece que é preciso que esta 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 e estabelecer com outros homens relações de reciprocidade, fazer a cultura e a história. Complementa ainda que a educação é como um processo contínuo de tomada de consciência e de modificação de si próprio e do mundo.

Partindo do princípio de que o educador de enfermagem, na graduação, ensina para uma maioria de jovens, alguns ainda adolescentes, seu trabalho não pode ser rotineiro, nem se contentar em repassar conteúdo. Ele não pode ser apenas um bom técnico, mas estar plenamente capacitado para o ensino, que é muito mais do que apenas a transmissão de conhecimentos. Na verdade, o professor de enfermagem precisa se instrumentalizar, teoricamente, para realizar de forma satisfatória seu trabalho como docente. Criar sua própria didática, ou seja, sua própria prática de ensino em situações específicas, de acordo com o contexto social em que atua, tornando a aprendizagem de enfermagem vinculada à realidade. Desta forma, pode oferecer um ensino onde promova o crescimento e desenvolvimento das capacidades cognitivas e afetivas/pessoais dos seus alunos, e também favorecer que os mesmos desenvolvam espírito crítico-reflexivo em relação às questões da nossa profissão.

Evidencia-se, aqui, que o enfermeiro educador que trabalha nas escolas de enfermagem, tem responsabilidade em relação à necessidade de refletir, de criticar, de

reavaliar os programas e métodos de ensino utilizados na formação de seus alunos. Além disso, ser capaz de analisar as influências exercidas pelos métodos de ensino na sua prática educativa. É necessário buscar respostas aos problemas detectados no ensino e com base nos dados obtidos, reformular objetivos, conteúdos, métodos e avaliações do programa escolar, sem omitir problemas sociais e regionais intrínsecos à nossa profissão. Partindo destas considerações, é necessário, também, incentivar o acadêmico de enfermagem a atuar, ativamente, na construção do conhecimento do cuidar e aplicá-lo na prática.

Portanto, é preciso mudar de atitude em relação aos alunos, aos conteúdos ensinados e ao processo pedagógico. Com esta mudança, procura-se desenvolver, no aluno, o espírito crítico e uma aproximação com os fatos que ocorrem na realidade do exercício profissional. Deste modo, a melhor tendência pedagógica é aquela que permite fazer uma educação transformadora dos sujeitos nele envolvidos, ou seja, professor e aluno.

Algumas escolas de enfermagem, como exemplo a PUCPR, têm, já há algum tempo, iniciado o processo de reflexão crítica sobre seu próprio trabalho, preocupadas com a qualidade do ensino oferecido, com a formação de profissionais e de futuros educadores. Esta reflexão, segundo Pettengill et al. (1998, p. 25), “significa repensar o ato de ensinar enquanto ato pedagógico, ou seja, ato que tem um sentido ético-político, um sentido epistemológico diante do conhecimento e um sentido relacional de interação entre subjetividade distintas”.

Carmo (1998) aponta como contribuição a esses direcionamentos sobre currículo que ele é a seqüência de experiências, através das quais a escola tenta estimular o desenvolvimento do aluno. Por meio de um ensino planejado e sistematizado, a escola conduz o desenvolvimento intelectual, emocional, moral e físico do educando em direção aos padrões de comportamento desejáveis pela sociedade (idéias, atitudes, habilidades e crenças).

Conforme descrito por Johnson Jr. apud Carmo (1998, p. 49), propõe definições situacionais para o currículo, afirmando que existe: “**o currículo ideal** – que corresponde à proposta desejável; **o currículo formal** – prescrito por alguma organização normativa; **o currículo percebido** – o que os professores vivem e fazem para seus alunos; **o currículo**

operacional – o que acontece na sala de aula; e o **currículo experiencial** – o que os estudantes percebem e com o qual se relacionam.”

Percebe-se que o currículo não é organizado só em torno de disciplinas, mas de núcleos que ultrapassam os limites das disciplinas, centrados em temas, problemas, tópicos, instituições, períodos históricos, espaços geográficos, e grupos humanos (com suas convicções, crenças, valores e idéias), entre outros (Santomé, 1998). O currículo deve estar voltado para o preparo de homens conhecedores da realidade, capazes de intervir para construir e transformarem sua própria história. Assim, pode-se inferir que o currículo é muito mais que um documento.

Apesar de todas as diferenças encontradas nas definições de currículo, observa-se que, nas entrelinhas, quando não explicitamente, a intenção norteia as discussões. Isto significa que o currículo está impregnado por convicções, crenças, valores a respeito do mundo, do homem, da sociedade, enfim, de todos os elementos que fazem parte da realidade e da existência dos homens (Carmo, 1998). Neste aspecto, importa ressaltar, principalmente, que o objetivo fundamental da ação educativa “é desenvolver a personalidade integral do educando, sua capacidade de pensar e raciocinar, assim como seus valores e hábitos de responsabilidade, cooperação, etc.” (Bordenave, 1994, p. 26).

Esses elementos que fazem parte da realidade e da existência dos homens são considerados, segundo Davini (1994), no currículo integrado. Assim, define currículo integrado como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características sócio-culturais do meio em que este processo se desenvolve.

A referida autora propõe, ainda, que o currículo integrado é uma opção educativa que permite: uma efetiva interação entre ensino e prática profissional; a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática; um avanço na construção de teorias a partir do anterior; a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando em uma imediata contribuição para esta última; a integração professor-aluno na investigação e busca de esclarecimentos e

propostas; e a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Serão considerados, a seguir, alguns aspectos citados por Lück (1996), com relação à integração do processo educativo. A integração ocorre na medida em que: a organização curricular corresponda às necessidades dos educandos face ao contexto ecológico, econômico, demográfico, social e cultural em que vivem e às suas condições e perspectivas psicoemocionais; cada um e todos os setores ou funções da escola tenham a perspectiva global do processo educativo a ser desenvolvido, conheçam e propugnem por ideais e princípios comuns, uma vez que a unidade de ação do sistema é estabelecida e garantida por fundamentos e princípios comuns que norteiam a atuação específica de cada setor; e todos os setores ou funções da escola tenham a perspectiva da posição de cada um no processo educativo, compreendam os seus papéis e suas inter-relações. Os fundamentos, ideais e princípios comuns, claramente entendidos e aceitos por todos, estabelecem o fio integrador de ações específicas e garantem a sua articulação e interligação (Lück, 1996).

Integrar, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (Ferreira, 1985; Luft, 1991), significa tornar inteiro ou integral, completar, inteirar, integralizar, juntar, fazer parte de um todo, associar-se, incorporar-se; enquanto interdisciplinar significa o comum a duas ou mais disciplinas ou ramos de conhecimento.

O aspecto de integração pode ser identificado, dentro da terminologia que vem sendo usada, como o estabelecimento de hierarquia dos conteúdos, das matérias, o que teoricamente pode ser caracterizado por uma atitude de multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade, onde não existe preocupação com a interação, mas apenas com a justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou com a integração de conteúdos de uma mesma disciplina (Fazenda, 1991; 1992). Além de uma justaposição de conteúdos, a multidisciplinaridade também demanda fragmentação e decomposição, é um trabalho sem equipe, sob diferentes ângulos, sem acordos prévios, sem integração, sem conclusão (Fazenda, 1991; Siebeneichler, 1988).

Já a preocupação na integração é com o conhecer e relacionar conteúdos, métodos, teorias ou outros aspectos de conhecimentos parciais, específicos, tendo em vista uma informação global (Fazenda, 1992).

Integração, para Fazenda (1991; 1992), representa um momento de organização das disciplinas num programa de estudos, onde se inicia a aproximação, o relacionamento, o estudo, a interpretação de conteúdos, métodos, teorias ou outros aspectos do conhecimento global, posteriormente, integrados. É uma etapa necessária e anterior à interdisciplinaridade. Pode-se dizer que, para a efetivação da interdisciplinaridade, faz-se necessário, primeiramente, a realização de todas essas características da integração.

Considera-se integração como aspecto formal da interdisciplinaridade, ou seja, como momento de organização e estudo dos conteúdos das disciplinas, como etapa para a interação e não como um produto acabado da interdisciplinaridade. A interação só pode ocorrer em regime de co-participação, reciprocidade e mutualidade, condições essenciais para a efetivação de um trabalho interdisciplinar (Fazenda, 1992). Destaca ainda que esta interação “é condição de efetivação da interdisciplinaridade. Pressupõe uma integração de conhecimentos visando a novos questionamentos, novas buscas, enfim a transformação da própria realidade” (1992, p. 9). Neste sentido, pode-se dizer que é a partir da integração que as preocupações vão crescendo e se desenvolvendo no sentido de questionar a própria realidade e suas perspectivas de transformação.

Vários autores como Portilho (1998), Maria (1998), Paviani & Botomé (1993) iniciam a conceituação de interdisciplinaridade, descrevendo-a como a interação existente entre duas ou mais disciplinas. Para Capalbo (1993/1994), a noção de interdisciplinaridade, introduz o prefixo “inter.” e revela mais do que uma simples pluralidade justaposta. Nos dicionários já mencionados, os autores definem o prefixo “inter.” como posição intermediária, de reciprocidade, de interação.

Conforme diz Gusdorf (1985) o prefixo “inter.” não indica uma pluralidade, uma justaposição. Ele evoca um espaço comum, um fator de coesão entre saberes diferentes. Os especialistas das diversas disciplinas devem estar animados de uma vontade comum e de uma boa vontade. Cada qual aceita esforçar-se fora do seu domínio próprio e de sua própria linguagem técnica, para se aventurar e num domínio de que não é o proprietário exclusivo.

Braga (1997, p. 28) conceitua interdisciplinaridade como: “as experiências em que a colocação do objeto na fronteira de duas ou mais ciências as obriga a somarem esforços

para, redefinindo o objeto, criarem nova perspectiva científica. Trata-se de movimentos em que os limites das especialidades são ampliados e redefinidos, mas não agredidos”.

Meirelles (1998) considera a interdisciplinaridade como uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. Há uma unificação conceitual, dos métodos e estruturas, sendo que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Ela estabelecerá a interdependência entre as disciplinas e a busca do diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias.

Lima (1996) chama atenção: para que haja interdisciplinaridade é preciso haver mais do que a convergência de várias disciplinas a uma determinada realização. É preciso que se estabeleça o exercício da reflexão aprofundada para que se possa reencontrar a unidade na diversidade e, assim, assumir um compromisso de efetiva interação entre os diferentes campos do conhecimento, que possa contribuir para a construção de um novo saber.

Faure (1992, p. 65) define a interdisciplinaridade “como a construção de um sistema conceitual unificado que resulta da integração total dos sistemas disciplinares”. Afirma ainda que a interdisciplinaridade, ao se realizar com sucesso em uma problemática, dissolve-se em seu objeto.

Fazenda (1991; 1992; 1994) considera interdisciplinaridade não como panacéia (remédio) que garantirá um ensino, ou um saber unificado, mas um ponto de vista que permite uma reflexão aprofundada, crítica e salutar sobre o funcionamento do ensino. Ela pode ser considerada como meio de conseguir melhor formação geral, como meio de atingir uma formação profissional, como incentivo à formação de pesquisadores e de pesquisas, como condição para a educação permanente, como forma de compreender e modificar o mundo, e como superação da dicotomia ensino-pesquisa. Porquanto, nesse novo enfoque pedagógico, a pesquisa constitui a única forma possível de aprendizagem.

O que se pretende, ao propor a interdisciplinaridade como atitude capaz de revolucionar os hábitos já estabelecidos, como forma de passar de um saber setorizado a um conhecimento integrado e a uma intersubjetividade, é sobretudo frisar que, a partir desse novo enfoque pedagógico, já não é mais possível se admitir a dicotomia ensino-pesquisa (Fazenda, 1992).

Entretanto, a superação desta dicotomia se admitirá na medida em que houver condições do ensino preparar, suficientemente, para uma pesquisa interdisciplinar, através de metodologia adequada, e na medida em que a pesquisa fornecer ao ensino os instrumentos e conceitos de uma metodologia interdisciplinar (Japiassu, 1976).

Para que isto ocorra, faz-se necessário um treinamento adequado dos professores no efetivo exercício de uma prática interdisciplinar, pois, somente a partir de um treino na arte de compreender e fazer-se entender, na reciprocidade, co-participação e respeito pela opinião alheia, aliados a uma busca e luta para objetivos comuns, haverá condições de eliminação dessa dicotomia (Fazenda, 1992).

Assim, segundo Silva (1993/1994), interdisciplinaridade é um método de pesquisa e de ensino suscetível de fazer com que duas ou mais disciplinas interajam entre si. Ela torna possível a complementaridade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas práticas científicas.

A palavra interdisciplinaridade, ao nascer, anunciava a necessidade da construção de novo paradigma de ciência, de conhecimento e a elaboração de novo projeto de educação, de escola e de vida (Fazenda, 1994).

Da escola, deve-se exigir uma atitude interdisciplinar que se caracteriza pelo respeito ao ensino organizado por disciplinas e por uma revisão das relações existentes entre as disciplinas e entre os problemas da sociedade (Fazenda, 1994). Nesta visão, interdisciplinaridade é termo utilizado para caracterizar a colaboração existente entre disciplinas diversas ou entre setores heterogêneos de uma mesma ciência, visto que, esta atitude conduz a interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida (Japiassu, 1976; Fazenda, 1992).

Japiassu (1992, p. 83), ao discutir a problemática da interdisciplinaridade no ensino, descreve sobre “a situação de esfacelamento do saber científico e de seu ensino, o que traz a necessidade de diálogo ecumênico entre as várias disciplinas científicas, pois ninguém mais parece entender ninguém”. Com isto, “a especialização sem limites das disciplinas científicas culminou numa fragmentação crescente do horizonte epistemológico”.

O esfacelamento do pensamento faz com que o cuidado de enfermagem se desenvolva em nível de aplicação de técnicas e de abordagens patológicas, isto é, de acordo com o modelo biomédico hegemônico, dividindo, desta maneira, o corpo em partes.

A superação desta fragmentação requer uma abordagem interdisciplinar e cuidado integral. Neste sentido, o cuidado de enfermagem deve ser realizados em nível de uma visão geral da situação do indivíduo, o que traria a vantagem de melhor atingir os resultados esperados, isto é, um cuidado integralizado, nos quais, além do desequilíbrio biológico, são considerados a estrutura psicológica, espiritual, histórica, social, cultural, econômica e política do cliente/ser cuidado.

Diante desta descrição, supra citada, Fazenda (1992) afirma que a interdisciplinaridade visa à recuperação da unidade humana, por meio da passagem de uma subjetividade para uma intersubjetividade e assim sendo, recupera a idéia primeira de cultura (formação do homem total), o papel da escola (formação do homem inserido em sua realidade) e o papel do homem (agente das mudanças no mundo). Sendo assim, a interdisciplinaridade vem sendo utilizada como “panacéia” para os males da dissociação do saber, a fim de preservar a integridade do pensamento e o restabelecimento de uma ordem perdida.

A interdisciplinaridade, para existir, depende de mudanças de atitudes em face do problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela concepção unitária do ser humano (Fazenda, 1991; 1992). Há a necessidade de se promover e superar essa fragmentação, em busca de uma visão e ação globalizadora e mais humana.

Sendo assim, o objetivo da interdisciplinaridade na escola é o de promover a superação da visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade. Ao mesmo tempo, em que resgata a centralidade do homem na realidade e na produção do conhecimento, de modo a permitir-lhe uma melhor compreensão de mundo, desempenhando um papel de ser determinante e determinado (Lück, 1995).

Para se alcançar esse objetivo, a prática interdisciplinar deve responder à formação de uma nova espécie de cientista, negando o especialista portador de conhecimento mais enquadrado e repleto de certezas, mas dando lugar ao pesquisador portador de espírito de

busca, com posições mais críticas quanto ao seu saber e ao dos outros, aberto à pluralidade do saber (Japiassu, 1992).

Lenoir & Larose (1998) complementam esse dado quando entendem que a interdisciplinaridade requer, da parte dos formadores, uma visão sobre suas práticas de ensino, sem dúvida, além do desenvolvimento das competências comportamentais e do domínio dos conhecimentos declarativos (os saberes) e procedimentos (o saber fazer). Exige ainda uma tomada de consciência indispensável sobre sua condição de modelo de referência para seus alunos e sobre as finalidades educativas, que ultrapassam os discursos moralizantes e as visões utilitaristas e tecnicistas da formação de ser humano.

Com relação à interdisciplinaridade, Panizza (1993/1994) faz algumas considerações em relação aos aspectos abordados até este momento:

- A necessidade de recompor a unicidade do conhecimento fragmentado pela especialização; a aspiração à unidade do saber sugere também a urgência de reconduzir o homem à sua unidade, atualmente dilacerado e fragmentado.
- A interdisciplinaridade comporta uma nova atitude de relacionamento entre docente e estes com os alunos, para que o ensino proporcione uma formação mais ampla, privilegiando na escala dos valores da escola, a formação geral e profissional do aluno. A interdisciplinaridade provoca também uma nova forma de compreender o conhecimento, de questionar os problemas relativos à clientela, à comunidade, aos recursos humanos e materiais.
- A interdisciplinaridade coloca os docentes numa atitude constante de diálogo, de abertura, sem medo de perder o prestígio pessoal, sem receio de dividir o saber, sem medo de perder o lugar na instituição. A interdisciplinaridade exige uma atitude de profissionalismo e um alto grau de humildade, pois as ditas matérias importantes, os professores indispensáveis cedem lugar a um conhecimento integrado e a um constante diálogo.
- Um resultado da interdisciplinaridade é a redução ou mesmo supressão, da distância entre as disciplinas e entre os professores.
- A interdisciplinaridade não pode ser considerada um fim em si mesma, mas um meio para superar a formação fragmentada do docente; compreender como

ocorre a aprendizagem; confrontar e trocar o saber de uma disciplina com as demais; assegurar a integração do saber e a transformação social possíveis só por meio de um processo de transformação pessoal e das estruturas.

- A interdisciplinaridade pressupõe uma constante troca de experiências entre os métodos, as técnicas, os recursos didáticos, os currículos, as teorias pedagógicas são, constantemente, submetidas à verificação do docente e avaliadas pelo aproveitamento do aluno.

Outro aspecto relevante é o de que a interdisciplinaridade deve ser exercida e vivida, aspecto este enfatizado por vários autores.

Para Fazenda (1992), a interdisciplinaridade não é algo que se ensina ou que se aprende. É algo que se vive, que se exerce. Portanto, percebe-se que ao vivê-la, exercê-la se ensina e se aprende interdisciplinaridade. Este ensino-aprendizagem se dá mediante as trocas recíprocas entre os pares, em permuta de experiências, ressaltando que nenhum fenômeno se repetirá exatamente igual, pois constituem a história.

Neste sentido, Japiassu (1992, p. 89) enfatiza “[...] que o espírito interdisciplinar existe para ser vivido”, por meio da oposição à cegueira do especialista e da compreensão das situações complexas, recusando o caráter territorial do poder pelo saber e abandonando as concepções de uma verdade que seria assimilada à busca causal da coisa, como se todas as situações pudessem ser explicadas ou relacionadas a uma única causa. A causalidade passa a ser múltipla e mais complexa. Assim, o interdisciplinar não é algo que se ensine ou que se aprende, é algo que se vive, que se exerce. Ela é fruto de um treinamento contínuo, de um afinamento sistemático das estruturas mentais (Japiassu, 1976).

Para Cardoso (1997) e Santos (1997), interdisciplinaridade é uma atitude (abertura, vontade, reciprocidade) de busca frente ao conhecimento. Essa atitude nos coloca, portanto, diante do fato de que a interdisciplinaridade se constitui em um processo contínuo e interminável de elaboração do conhecimento, orientado por uma atitude crítica e aberta à realidade; com o objetivo de apreendê-la e apreender-se nela, visando muito menos a possibilidade de descrevê-la e muito mais a necessidade de vivê-la e praticá-la plenamente (Lück, 1995).

Ao pensar, desenvolver e praticar a interdisciplinaridade não se pode somente integrar duas ou mais disciplinas, mas integrar as pessoas de uma mesma disciplina. Esse

aspecto para a enfermagem é fundamental, visto que normalmente se trabalha em equipe de semelhantes, em outras palavras, pares profissionais. Trabalhar interdisciplinarmente é antes de mais nada trabalhar com gente (Patrício, 1996). A autora adverte, ainda, que “trabalhar com profissionais de diferentes disciplinas, enquanto áreas de conhecimento acadêmico, exige, antes de tudo, trabalhar com os aspectos humanísticos de cada indivíduo envolvido em processo de trabalho coletivo” (1996, p. 62).

Sem dúvida, a vivência com diferentes pares profissionais tem demonstrado que a abordagem interdisciplinar exige antes de mais nada uma postura pessoal. Isso vale dizer que a “disciplina” também inclui os padrões cultural-afetivos dos sujeitos envolvidos. Percebe-se, portanto, que para haver trabalho interdisciplinar é preciso trabalhar o processo interativo, focalizando nossas questões pessoais, não apenas as culturais, mas também sentimentais: nossa cultura (crenças, valores, conhecimentos e prática) e nossas emoções (Patrício, 1996).

Carper (1978) subsidia e amplia essa concepção quando identifica, num dos quatros padrões fundamentais de conhecimento da enfermagem, o conhecimento pessoal. Considera esse padrão de conhecimento como aquele que advém do processo interpessoal e do uso terapêutico do *self*. Isto é, esse conhecimento pessoal se preocupa com o saber, o encontro e a realização do eu concreto, individual. Ninguém conhece o eu; ninguém busca simplesmente conhecer o eu. Esse saber é uma consideração em relação ao outro ser humano e confrontação desse ser humano como pessoa. Esse encontro de “Eu-Você” é relação de reciprocidade, um estado do ser que não pode ser descrito ou experienciado, ele pode somente ser realizado. Além da relação “Eu-Você”, estende-se também a relação com o próprio eu da pessoa.

Essas considerações também são percebidas por Fazenda (1991, p. 31; 1992, p. 8, 39 e 97), quando frisa que interdisciplinaridade é “uma relação de reciprocidade, de mutualidade, ou, melhor dizendo, um regime de co-propriedade, de interação, que irá possibilitar o diálogo entre os interessados, dependendo basicamente de uma atitude, cuja tônica primeira será o estabelecimento de uma intersubjetividade”.

Esta autora compreende que intersubjetividade “é o ultrapassar de um estágio subjetivo, em que limitações são camufladas, à um estágio compreensivo, em que passa-se

a aceitar e incorporar as experiências dos outros, a ver na experiência do outro, a complementação de sua própria” (1992, p. 48).

A parceria seria, por assim dizer, a possibilidade de consolidação da intersubjetividade, a possibilidade de que um pensar venha a se completar no outro (Fazenda, 1994). Portilho (1998) acrescenta que intersubjetividade só é possível se houver a relação dos envolvidos enquanto sujeitos.

Entende-se por atitude interdisciplinar como “a troca intersubjetiva e argumentativa de saberes entre elementos de uma mesma ou equivalente competência, permeada por uma situação de igualdade de direitos e participação e, ainda, voltada para a busca do consenso racional sobre determinada questão (Bragaglia, 1996, p. 301).

Para Patrício (1996, p. 64) atitude interdisciplinar é, sem dúvida “uma interação ética e estética entre pessoas com objetivos comuns. Significa então uma interação baseada em valores, em crenças, na arte, na criatividade, no prazer, na subjetividade e em princípios coletivos de cidadania”.

Neste sentido, pode-se dizer que a interdisciplinaridade depende basicamente de uma atitude. Nela a colaboração entre as diversas disciplinas conduz a uma “interação”, a uma intersubjetividade como única possibilidade de efetivação de um trabalho interdisciplinar. Portanto, a interdisciplinaridade pressupõe basicamente uma intersubjetividade, não pretende a construção de uma superciência, mas, para existir, depende de mudanças de atitudes frente ao problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela concepção unitária do ser humano (Fazenda, 1991; 1992)

Japiassu (1976, p. 74) ressalta muito bem esse aspecto quando destaca que a interdisciplinaridade “se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa.”

Patrício (1996, p. 69-70) enfatiza ainda outro aspecto que precisa ser resgatado nesse momento, que é o seguinte:

“mesmo num grupo de pessoas de uma mesma disciplina profissional, inclusive oriundas de uma mesma escola, teremos pessoas pensando e agindo de forma diferente uma das outras. Isso vale dizer que pessoas de uma mesma equipe, de uma mesma área, de uma mesma escola, até mesmo utilizando um mesmo referencial teórico, têm

crenças, valores, expectativas, conhecimentos e práticas diferentes umas das outras. Ou seja: cada pessoa traz seu próprio referencial para as atividades em equipe. Essa realidade requer o processo de busca de um trabalho interdisciplinar, ou seja, a busca de um objetivo comum, coletivo, e de um fio condutor para toda a equipe, de maneira a caracterizar um produto final de qualidade (cuidados) que se concretize numa melhor qualidade de vida dos seres humanos, nossos clientes.”

Nós, profissionais da Enfermagem, podemos ser os mediadores de todo esse processo integrar/interdisciplinar através do cuidar, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos nas situações limitantes de vida (Patrício, 1996). Daí a importância deste trabalho de integrar conteúdos, em vista do ensinar/cuidar, para o processo de viver dos seres humanos. A importância de sabermos cuidar, integrados com outros colegas e à própria população, baseadas em princípios éticos e estéticos de viver saudável.

Sabe-se que, ao integrar conteúdos em vista do ensinar/cuidar, inicia-se uma mudança, que permite nova visão das coisas e valoriza as atividades dos acadêmicos de enfermagem no âmbito das experiências de estudo, trabalho e na busca de soluções para os problemas da clientela, considerando o cuidado de enfermagem, na perspectiva de cuidar e ajudar. Assim, passo a detalhar a seguir o ensinar/cuidar, uma vez que, foi pano de fundo deste trabalho.

2.2. ENSINAR/CUIDAR

Para Bordenave & Pereira (1995); Veiga (1993) e Fazenda (1994), ensinar não é simplesmente ir para uma sala de aula e transmitir, transferir e comunicar conhecimentos de uma pessoa a outra: é aprender, porque ensinar é sobretudo pesquisar. Por isso é, também, construir, fazer e pensar. Ensinar é estimular para a identificação, resolução de problemas e transformação da realidade. É ajudar a criar novos hábitos de pensamento e de ação. É um meio de organizar as atividades, para que o educando aprenda e produza conhecimentos.

Ensinar, segundo Waldow (1989), é atividade que envolve a pessoa como um todo. É a compreensão, a conscientização e o conhecimento. É crescimento e desenvolvimento e, mais importante, é processo de reconhecimento e aceitação de nossas limitações. Em

relação ao conhecimento, há necessidade de que este seja compreendido e incorporado, levando-se em consideração as vivências, experiências e conhecimentos anteriores daquele que aprende (Pereira, 1995).

Moran (1993) descreve que se faz necessário ensinar/educar para o lado positivo, para a mudança, para o não previsível, para aprender continuamente. Enfatiza, ainda, que se deve educar para a autonomia, para o caminhar auto-suficiente, não dependente de modas do que os outros querem, educando para a liberdade possível em cada etapa da vida (educação como facilitadora do processo de libertação pessoal, grupal e social).

Segundo Botomé et al. (1999, p. 2), ensinar é um verbo que se refere não ao que um docente faz nas suas atividades, mas ao que resulta (a aprendizagem de alguém) dessas atividades. Nesse sentido, é fundamental que o trabalho de ensino seja apoiado nas aprendizagens do aluno e não nas atividades do docente. Essas atividades são apenas um meio para produção de aprendizagens. Explica ainda que “é possível dizer que alguém aprendeu algo quando passa a atuar de forma diferente em relação às situações com as quais se defronta. Em outras palavras, o ensino é um meio para desenvolver a capacidade das pessoas atuarem, criticamente, em relação às circunstâncias com que se defrontam”.

Ensinar é desenvolver a potencialidade plena da pessoa, tornando-a criativa, crítica, competente para resolver problemas e capaz de se ajustar facilmente a novas situações. Para que isto ocorra, é preciso que haja diferentes e reais oportunidades de aprendizagem. É preciso que se ofereça ao aluno novas experiências, novas maneiras e novas idéias que lhe permitam aprender a cuidar de si, de um cliente ou de um grupo.

Segundo Angelo (1994), a consciência desta missão de cuidar está crescendo na enfermagem, refletida na literatura especializada, nos encontros profissionais, na pesquisa e na filosofia de enfermagem.

Na enfermagem, temos diversos autores que estudam e pesquisam o cuidar/cuidado, objetivando esclarecer, desenvolver e compreender o significado desses conceitos. Esses estudos foram iniciados pelos trabalhos de Leininger, que se tem dedicado a estudar e escrever sobre o cuidar e o cuidado nas diferentes culturas desde 1970 (Crossetti, Arruda & Waldow, 1998; Maia, 1998; Jatobá et al., 1995; Waldow, 1992; Boehs & Patricio, 1990).

O cuidar/cuidado é considerado o foco central ou a essência da enfermagem para Maia (1998); Coelho, Carvalho & Gonçalves (1997); Zagonel et al., (1997); Arruda &

Silva (1994); e Collière (1986). Ele é essencial para a saúde humana e é o único, característica majoritária, que distingue enfermagem de outras disciplinas, para Leininger (1988); Jatobá et al. (1995); e Erdmann (1997). Para Waldow (1992; 1995) o cuidar/cuidado é visto como fenômeno resultante do processo de cuidar. É a fonte e a base para o conhecimento de enfermagem. É razão existencial da enfermagem. No entender de Angelo (1994), o propósito central da enfermagem é cuidar de pessoas, estejam elas vivenciando problemas de saúde ou não.

Para Leininger (1988), o cuidar refere-se às atividades, processos e decisões diretas (ou indiretas) de sustentação e habilidades com relação a assistir as pessoas de tal modo a refletir atributos comportamentais que são: empáticos, de apoio, de compaixão, protetores, de socorro, de educação e outros, dependentes das necessidades, problemas, valores e objetivos do indivíduo ou grupo que está sendo assistido. Enfatiza que o cuidado destina-se àquelas atividades de assistência, de apoio ou de facilitação para ou pelo outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana. Ele é essencial para ajudar, proteger, desenvolver, pois ele fornece sobrevivência à pessoa de diversas maneiras. É vital para recuperar-se de uma doença e para manter modos de vida saudável.

Com relação à primeira concepção, o cuidar, Watson (1981) classifica-o como atividade de enfermagem expressiva que engloba o aspecto psicossocial orientadas para o comportamento. A segunda concepção, o cuidado, a autora identifica-o como atividade de enfermagem instrumental que focaliza mais o aspecto físico e o tratamento do cliente, como administração de medicamentos e procedimentos.

Diversas autoras têm elaborado suas definições inspiradas na definição de Leininger, porém sem distinguir exatamente um vocábulo do outro (cuidar/cuidado). Cuidar/cuidado, para Lacerda (1996), são duas palavras que não devem ser consideradas isoladas, talvez por precaução, anseio, ou até pelo muito que devemos aprender e refletir ainda sobre elas.

No senso comum, segundo Paula (1984, p. 37), a palavra cuidar denota uma ação, um significado de fazer alguma coisa. “Cuidar é confortar, amparar, limpar, alimentar, trocar, aliviar a dor, ouvir, hidratar, medicar, tratar, preparar para curativos, para cirurgias, para exames e para morte”. Ao dar uma conotação subjetiva ao cuidar, Paula (1984) refere

que este significa: conhecer a si para perceber os próprios sentimentos e saber controlá-los; conhecer o outro; colocar-se no lugar do outro, sentir seu sofrimento e aliviá-lo; perceber o problema e resolvê-lo; receber o cliente de sua família e mantê-lo com ela sempre que possível e devolvê-lo a ela quando ambos, família e paciente, estiverem preparados.

Como afirmam Mayeroff (1971), Arruda & Zagonel (1997) e Waldow (1992), o cuidar/cuidado ajuda a crescer, a se realizar, a aprender a exercitar seu próprio poder, sua liberdade e seu compromisso em assumir seu próprio destino, dando assim significado a sua própria vida. Cuidar é processo de desenvolvimento que assume continuidade. Nesse processo, a relação existente caracteriza-se por estar com a pessoa, ou seja, a pessoa que cuida está com a outra pessoa, no mundo da outra pessoa, que é merecedora de cuidado. Ambas são participantes em processo de descoberta, em processo de aprendizagem mútua. Portanto, ao entender as minhas próprias necessidades de crescer e responder, posso entender o esforço do outro para crescer. Eu posso compreender no outro aquilo que eu entendo em mim.

Mayeroff (1971) complementa a presente descrição quando afirma que o cuidar não se refere apenas às pessoas, mas as coisas ao nosso redor, como por exemplo, cuidar de uma idéia, um ideal. Dessa forma, o ser humano, por meio do cuidado, vive o significado de sua vida. Assim, o autor reconhece que ao cuidar experiencia-se o outro ser de forma a considerá-lo com capacidade e necessidade para crescer. O mesmo ocorre com uma idéia. Ao experienciar o outro ou uma idéia, não há dominação ou manipulação, apenas confiança. O outro ser humano é respeitado como ser independente, assim como são respeitadas as suas necessidades, as quais são satisfeitas com devoção (compromisso para com o outro). No processo de ajudar o outro a crescer, a idéia é de que esse ser venha a cuidar também de algo ou de alguém, assim como de si mesmo.

O ser humano, no processo de crescer, descobre suas capacidades, possibilitando, assim, a sua recriação como pessoa através da integração de novas experiências e idéias. Seleciona seus valores e ideais, tornando-se autodeterminado. Em síntese, o ser humano torna-se mais honesto consigo mesmo e mais consciente de ordem social e natural da qual faz parte (Waldow, 1999).

Esses enfoques, supra citados, vêm ao encontro dos principais ingredientes do cuidado preconizados por Mayeroff (1971): o conhecimento, compreendido neste o saber

sobre o outro; os ritmos alterados como movimentos entre diferentes experiências servindo de base para a aprendizagem; a paciência, a sinceridade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem; com isso abrem-se novos caminhos, e facilita-se a humanização na enfermagem.

Boehs e Patrício (1990) refletem que cuidar/cuidado faz parte do vocabulário na vida cotidiana de qualquer ser humano. É usado para alertar, para prevenir, para promover a cura, para preservar a vida e ajudar no crescimento e desenvolvimento de qualquer ser vivo ou mesmo na preservação de um objeto inanimado.

Erdmann (1997) reafirma o cuidado como valor/essência da vida por participar do processo produtor e protetor da vida, e como forma de respeito à natureza. Em seu livro “Sistema de cuidado de enfermagem”, Erdmann (1996, p. 123) conceitua vida como um processo de cuidado contínuo e simultâneo entre os seres. Considera o cuidado como presente na vida humana, no seu processo vital desde a pré-concepção até o morrer/transcender, por meio da inter-relação homem a homem, ou seja “a vida/o processo de viver é um contínuo processo de cuidado mútuo e simultâneo de si, dos outros e pelos outros”. Cuidado significa viver em harmonia com amor, paixão e prazer nas relações.

Segundo Capalbo (1994), uma das finalidades da enfermagem é justamente este cuidar do outro que implica na coexistência e na participação. O oposto, portanto, de um tipo de cuidar que venha a ser manipulação e dominação. Wilkes & Wallis (1993) apresenta que o cuidado é um fenômeno universal que influencia o modo das pessoas pensarem, sentirem e se comportarem em relação ao outro.

Para Leopardi (1997), o cuidar inclui o reconhecimento de uma inter-relação do eu e do outro, condição da terapêutica, ou seja, cuidado de mim e do outro com o mesmo empenho e busco ajuda, quando não tenho os meios para todo o cuidado.

Crossetti (1997, p. 30) diz que fazer enfermagem é cuidar do outro, é cuidar do eu, é perceber, é se preocupar e estar com o outro; é estar para ouvir, ver, experimentar e conhecer. Define ainda que o “cuidar é a ação ou o ato de cuidar acontecendo, e cuidado, é o ser que projetando-se no mundo, recebe a ação de cuidar”.

Neste sentido, o cuidar em enfermagem implica na inter-relação subjetiva enfermeira-cliente, inter-relação esta que transforma os nossos seres aí-no-mundo. Cuidar implica compreender e ser compreendido aí-no-mundo, buscando o crescimento e

desenvolvimento da pessoa (do ser aí-no-mundo) (Arruda & Zagonel, 1997). Postlethwaite (1990) afirma que o cuidado é uma experiência vivida, um conhecimento pessoal interior, desenvolvido a partir e dentro do modo da pessoa ser-no-mundo.

Polak (1997b) considera o cuidado como ação intencional, intersubjetiva e compartilhada. A autora afirma que cuidar é paixão, desejo, prazer. É ação que exige qualidade, disponibilidade, empatia. Exige um corpo, exige percepção e comunicação, desprendimento e abertura, exige encontro. Cuidar “é resultante do processo de construção do conhecimento, como momento dinâmico, espaço temporal, movimento bilateral, é o sair de si, o retirar o outro do seu em si. Cuidar se dá em situação de encontro. É o projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade” (Polak, 1997a, p. 126).

Sales & Espósito (1999) ao se apropriarem do fenômeno cuidado, visualizam a evidência de ser ele uma forma do homem estar em relação com outra pessoa em um determinado tempo e espaço existencial. É neste modo de ser, uns com os outros no mundo, que o cuidado se manifesta como uma possibilidade de preocupação do ser, consigo mesmo, capacitando-o a preocupar-se também, com o ser dos outros.

O enfermeiro, na relação enfermeiro-cliente, expressa e compartilha conhecimento, sensibilidade, habilidade técnica e espiritualidade, elevando o outro, ajudando-o a crescer. O outro em sua experiência genuína, acrescenta e compartilha o seu ser, seu conhecimento, seus rituais, suas características, que auxiliam no processo transpessoal de cuidar. Esse último contribui para o processo de atualização do enfermeiro, no seu aprimoramento, ou seja, no seu vir a ser mais (Waldow, 1995). Além dessa relação enfermeiro-cliente Paterson & Crawford (1994) afirmam que o cuidado também tem sido citado por muitos autores como o centro dos valores da relação educador-educando.

Waldow (1994, 1998, 1999) diz que o cuidar envolve, verdadeiramente, uma ação interativa. Entende cuidar como significando comportamentos e ações que envolvem interação, relação, conhecimento, auto-conhecimento, valor, habilidade, atitude, dentre outras, empreendidas no sentido de favorecer às potencialidades das pessoas, mantendo ou melhorando a condição humana no processo de viver e morrer.

Para Watson (1988), o ato de cuidar exige envolvimento pessoal, social, moral e espiritual, não somente uma emoção, preocupação, atitude ou boas intenções, incluindo

neste ato: valores, desejos, compromisso com o cuidado, conhecimento, ações e conseqüências. Considera que o cuidado é um processo humanista interpessoal e intersubjetivo, essencial à relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente. Na visão da autora, a qualidade da relação entre duas pessoas é o mais significativo elemento na determinação da efetividade da ajuda.

Simões (1998) apreende o cuidar em enfermagem como uma parceria, um compartilhar de vivências e experiências entre profissional e cliente, no qual o cliente é compreendido como um sujeito no seu mundo próprio, com suas necessidades, sentimentos, percepções, decisões, sendo valorizadas.

Lunardi Filho (1997) aponta como contribuição a esses direcionamentos, que o cuidar/cuidado envolve um processo de co-presença, de troca, e comunicação, constituindo-se, essencialmente, numa relação dialógica, na qual o essencial é ver o outro ou experienciar o outro lado. Em síntese, numa análise conceitual do cuidado, em que sugere a existência de sentimentos direcionados ao outro, no qual o crescimento mútuo é encorajado, por meio de um diálogo eficaz.

Segundo Bauer (1990), o cuidado é visto como um valor ou princípio para guiar a ação de enfermagem. É dito como sendo um sinônimo de enfermagem, intrinsecamente ligado à enfermagem, o coração da enfermagem.

Considerando o cuidado o foco central da enfermagem ou o coração da enfermagem, o ensino e a prática devem estar calcadas neste referencial, fazendo a união da docência-assistência, propiciando modelos que se reproduzem em benefício do estudante. Tal formação centrada no cuidado propiciará que o futuro profissional faça a diferença em seu campo de trabalho, uma vez que atuará utilizando os elementos humanísticos do cuidado (Zagonel et al., 1997).

Desta forma, percebe-se que o cuidar não é só o elemento estruturador da prática, mas também do ensino da Enfermagem. Segundo a visão de Crossetti, Arruda, Waldow (1998), o ensino de enfermagem tem papel fundamental na maneira como se dá o cuidar/cuidado, pois tem o saber e o fazer dos docentes de enfermagem influências significativas sobre este processo.

Angelo (1994) afirma que o cuidado, como centro do ensino da enfermagem, é uma tendência atual, que está possibilitando mudanças significativas na educação do

profissional enfermeiro. Essa tendência tem apontado uma renovada ênfase no papel, na missão, no compromisso e na função essencial da enfermagem, que é o cuidado humano, além de um retorno ao aspecto humano da enfermagem.

Miller, Haber & Byrne (1990) recomendam, a partir da pesquisa por elas realizada, que o cuidar seja desenvolvido nos currículos de enfermagem de forma mais profunda e clara. Além disso, que o fenômeno do cuidar, em relação a empatia, mutualidade, e especificidades de como ensinar a cuidar, como aprender a cuidar, e como trazer isto para a nossa prática, deve ser claramente definida.

Portanto, de acordo com estas concepções, deve-se reexaminar, reformular, mudar e adaptar o processo de formação do enfermeiro, tendo como eixo norteador o “ensinar a cuidar” e o “cuidar-ensinando”, visto que estes enfoques apresentam nova forma de ser, saber e fazer enfermagem.

Forsyth et al. e Sheston, citadas por Paterson & Crowford (1994), definem cuidar na educação em enfermagem, da seguinte maneira: a primeira autora frisa que o cuidar em educação é o significado ou ferramenta usada para colocar conceitos de enfermagem, na prática, por meio do processo fundamentado na reverência pela vida, pelo amor próprio e pelos outros e interesse em melhorar as condições do mundo; enquanto que a segunda autora percebe o cuidado na educação como um processo interpessoal em evolução entre uma enfermeira docente e um estudante de enfermagem. O processo incorpora experiências de interação e transação do cuidar em um campo existencial fenomenológico compartilhado, chamado educação em enfermagem.

Miller, Haber & Byrne (1990) em sua pesquisa qualitativa, que tiveram como objetivo “entender o fenômeno do ensinar a cuidar através de questionamentos, abrangendo estudantes e professores para retratar e descrever a interação, envolvendo o cuidado no processo ensino-aprendizagem”, apresentaram os seguintes resultados.

Na visão dos alunos, as informações obtidas foram: a interação ensinar a cuidar como um processo caracterizado por um clima de ajuda, de pessoa a pessoa, ou um contexto grupal; a dimensão essencial da interação do cuidar é o interesse holístico das habilidades do estudante, pessoalmente e academicamente; o ensinar a cuidar não se julga, é flexível, aberto, genuíno/puro, fidedigno; o professor obtém deles uma empatia oferecendo sua presença constante que traz para o aluno a habilidade no cuidar; o professor

reconhece seu desenvolvimento e seu esforço em relação as suas necessidades pessoais e acadêmicas; a interação do cuidar envolve dimensões mútuas e simultâneas de intimidade, de verdade, de compartilhamento, de amizade e de respeito; e a interação do cuidar leva-os a se sentirem bons, felizes, corajosos, e orgulhosos (Miller, Haber & Byrne, 1990).

Nestas interações acima, o professor que ensina o cuidar é percebido pelo aluno como aquele que vai além da expectativa do papel de professor e, muitas vezes, age como um amigo. Os educandos expressaram esta experiência como um aumento da auto-estima, auto-confidência, autovalor. São capazes de reconhecer seus próprios progressos os quais lhe dão confiança em si mesmos e esperança para o futuro (Miller, Haber & Byrne, 1990)

Referente aos dados colhidos do professor sobre a interação do ensino-aprendizagem do cuidado foram: a interação do cuidar envolve dimensões simultâneas de verdade, de respeito, de abertura, de reciprocidade, de compartilhamento, de aceitação, de sinceridade e de genuinidade; o processo de interação é iniciado e continuado através de padrões de comunicação verbal e não verbal efetivos; é processo recíproco que começa a experiência de aprendizagem por ambos professores e estudantes; o cuidar é a essência da relação professor-aluno; e finalizando: “Se nós não nos cuidamos como esperar que os alunos se cuidem ou cuidem de alguém?” (Miller, Haber & Byrne, 1990, p. 128)

Em estudo realizado por Zagonel et al. (1997), identificou-se a importância do estudante de graduação de enfermagem perceber, sentir, compartilhar, vivenciar as experiências do cuidado. Neste sentido, é fundamental que os currículos contenham estratégias para colocar o aluno em contato com os vários contextos de cuidado de atuação da enfermagem já na graduação.

Beckerman et al. (1994, p. 83) utilizam, nas suas disciplinas, várias estratégias para facilitar o conhecimento de si como cuidador. Inicialmente, as experiências são planejadas pelos docentes para os alunos. Estes exercícios levam o aluno a ter oportunidades de aprender a alcançar o âmago do seu ser, refletir sobre sua beleza, sua unidade, se auto-conhecendo. A intenção é que os alunos tornem-se confortáveis consigo mesmo para dar continuidade aos exercícios. Ao final dessa experiência, as autoras enumeram alguns comentários feitos pelos alunos: “Eu aprendi a cuidar de mim então posso cuidar melhor do paciente.” “Eu permiti aprender e integrar muitas coisas pela observação, participação e também tomando decisões sobre mim mesma”.

Paterson & Crowford (1994) contribuem nesse aspecto, quando descreveram na conclusão do seu estudo "*Care in Nursing Education: an analysis*" que cuidar não é somente o que é realizado pelos estudantes, mas a forma como o docente ensina os estudantes, no contexto da enfermagem, a se cuidarem, vez que isto, para essas autoras, é a essência da enfermagem. Essa forma de ensinar faz com que o educando continue crescendo em seu entendimento e conhecimento, promovendo o processo de ser e tornar-se cuidador.

Em virtude disso, constantemente têm sido usadas estratégias, segundo Beckerman et al. (1994), em seus programas de aprendizagem de enfermagem, os quais levam os alunos, no estudo de uma situação de enfermagem, a focalizarem o que eles realmente representam como cuidadores (processo de ser e tornar-se cuidador) numa dada situação particular. Através disso, os alunos aprendem a conceitualizar, a pensar criticamente, a valorizar a si e as pessoas, a tomar decisões e ações relacionadas ao cuidar.

Ao se referir às estratégias a serem utilizadas, Gelazis (1990), no entanto, propõe métodos criativos para ensinar a cuidar, os quais incluem o uso da poesia, o uso do humor, a promoção do senso de admiração, o trabalho com outros grupos culturais e uso da dramatização. Na conclusão de seu estudo, a autora incentiva o uso da criatividade como possibilidade de ensinar a cuidar.

Bauer (1990) complementa essa relação de estratégias, usadas no ensinar a cuidar, quando afirma que além do método de ensino tradicional como: leitura e discussão, conferências e seminários, estudos em grupo, atividades envolvendo estudos de caso, dramatização, análises críticas, filmes e *video-teipes* de situações e avaliações clínicas do cuidado, são utilizadas outras estratégias como: desenvolvendo sentimentos de auto-valorização nos estudantes; envolvendo-se com os estudantes e gastando tempo com eles; sensibilizando às necessidades dos estudantes; promovendo *feedback* positivo e negativo; promovendo suporte e encorajamento; e demonstrando que não se ensina a cuidar quem realmente não se cuida.

Para se efetivar o ensinar a cuidar, os professores devem aceitar e tratar os estudantes com valor, estima e potencial de crescimento. Além disso, os professores devem também sentir-se bem consigo mesmo e sua capacidade de ensinar. Ele deve confiar no seu papel de educador e desejar se envolver com os estudantes. Para Beckerman et al. (1994),

os estudantes são o coração de seus programas de enfermagem, eles validam os esforços dos professores. Crêem, esses autores, que os programas são baseados no relacionamento com os estudantes, os quais sentem-se respeitados como pessoas.

Antes de mais nada, parece necessário considerar a pessoa como única, professor ou aluno, onde cada um vive num contexto particular. Relativo a isso, Beckerman et al. (1994) descrevem que, filosoficamente, cada pessoa é vista como livre para escolher seus valores, aspirações e seus significados de vida. Cada pessoa traz contribuições únicas para a enfermagem. Quando os alunos entram no programa, eles são encorajados a se conhecer melhor, pois eles são pessoas únicas.

O professor deve estar aberto a experiências e entender as diferenças de cada aluno, enquanto que o aluno deve ter suporte para assumir riscos necessários com relação ao conhecimento (Beckerman et al., 1994). O educador de enfermagem deve ser competente, suficientemente, para conduzir os alunos à reflexão crítica sobre suas experiências na enfermagem. O educando deve adquirir conhecimento e entendimento de si, das pessoas (do ser humano, dos grupos ou da comunidade), dos eventos, das condições sócio-econômicas, dos fatores históricos e outros fenômenos de interesse humano.

Os professores de enfermagem necessitam encorajar e promover todas as formas de conhecimento para melhorar o futuro das enfermeiras, para serem capazes de responder, completamente, as necessidades humanas do cuidado. Muitos autores têm discutido a importância de expandir o conhecimento e modificar as formas de ensinar a cuidar mais humana a todos os níveis de educação de enfermagem (Gelazis, 1990).

Em vista disso, Leininger (1990) afirma que o primeiro momento a ser estudado, no ensino da enfermagem, é o cuidado humano, pois ele é visto como um fenômeno, para num segundo momento serem vistos os outros aspectos da enfermagem. Além disso, refere que as escolas de enfermagem estão começando a ensinar diferentes maneiras filosóficas, teóricas e criativas sobre o ensino e aprendizado do cuidado.

A enfermagem no Brasil, por ser ainda considerada uma profissão nova e em vias de estudo, constitui terreno fértil para incluir, em seus currículos, o cuidado humano. Mas, ainda há muitas controvérsias sobre o que consiste o foco da enfermagem no Brasil e em que modelo, ou modelos, fundamentar sua prática. O Cuidado humano, com certeza, pode

ser a base fundamental, independente do modelo utilizado, evidentemente acompanhado de seus aspectos técnico e científico, assim como estético e ético (Waldow, 1999).

Buscando adentrar nesse contexto, que envolve o cuidado humano como fonte e base para o conhecimento de enfermagem, é importante esclarecer alguns conceitos sobre o cuidado humano e, principalmente, apresentar os atributos do comportamento humano.

Cuidado humano, sem dúvida, está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito, a paciência, a afetividade e o amor, entre outros aspectos (Waldow, 1995). Esse cuidado humano envolve ética, princípios e valores que deveriam fazer parte não só do ensino, mas do cotidiano do meio acadêmico e, evidentemente, da prática profissional (Waldow, 1999).

Waldow (1999), em seu Livro “Cuidado Humano: o resgate necessário”, visualiza o cuidar pelo resgate de seu sentido humano. Segundo essa autora, o cuidado humano não pode ser prescritivo, não existem regras a seguir, nem manuais de cuidar ou de ensinar a cuidar. O cuidado deve ser sentido, vivido, exercitado. E para que o cuidado seja integrado no nosso dia-a-dia, é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmos, transformá-lo em estilo de vida. Só assim saberemos ou intuiremos como encontrar formas ou maneira de demonstrá-lo no ensino e na prática. Entende como cuidado o fenômeno resultante do processo de cuidar, que representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o cuidar entre cuidadora e ser cuidado.

Zagonel (1997) diz que cuidado humano é o desvelo, atenção pela condição humana do outro. É o modo humano de ser diante da complexidade de exigências e ações vitais. O cuidado humano está voltado à dimensão expressiva do cuidado; ultrapassa o enfoque biologicista e mecanicista da assistência.

Waldow (1999) expressa que o cuidado humano é como uma forma ética e estética de viver, que inicia pelo amor à natureza e passa pela apreciação do belo. Consiste no respeito à dignidade humana, na sensibilidade para com o sofrimento e na ajuda para superá-lo, para enfrentá-lo e para aceitar o inevitável. Esse processo envolve crescimento e aprimoramento. Diante desta concepção, devemos resgatar o cuidado humano em cada um de nós, seres humanos, pois ele é vital no momento atual. Em todos os setores e, em particular, entre as profissões de saúde, o cuidado como condição humana deveria constituir um imperativo moral.

Segundo Clayton (1988), a enfermeira é uma co-participante na transação do cuidado humano. Para entender o que ocorre ao cliente, na ocasião do cuidado, é necessário entender o que ocorre com a enfermeira. Essa autora, ao enfatizar esse aspecto, utiliza-se da Teoria de Watson quando diz que a arte do cuidado de enfermagem começa quando a enfermeira, como objeto de ligação entre um e outro, com um certo sentimento de cuidado e interesse, expressa esse sentimento por certas indicações externas. Além disso, ela relata que a enfermagem entra na experiência (campo fenomenal) do outro e a outra pessoa entra na experiência da enfermeira. Esta experiência compartilhada cria seu próprio campo fenomenal e torna-se parte de um maior, mais profundo e complexo modo de vida. Os dois participantes não podem ser separados, artificialmente, como se eles fossem fenômenos inseparáveis na relação.

Conclui-se, portanto, que o processo de ensino-aprendizagem para a formação do enfermeiro deve focar o processo de construção de significados em que o ensinar, aprender, sentir, pensar e fazer cuidado seja prioritário. Que o propósito do ensino seja lidar com o humano do educando, um sujeito concreto, em processo, numa idéia de projeto, o qual necessita de independência, individualidade e respeito, resultando, desta maneira, profissionais com capacidade crítico-reflexiva, criativa e inovadora, aptos para atuarem com competência no cuidar do indivíduo e da comunidade.

O suporte teórico encontrado na literatura de várias áreas, particularmente, no ensino e na enfermagem, muito contribuiu para responder aos questionamentos, bem como, subsidiou a formulação de um conjunto de conceitos. Assim, no próximo capítulo seguem os conceitos selecionados que organizaram o marco referencial deste estudo.

CAPÍTULO III

CONSTRUINDO O MARCO REFERENCIAL

Com relação ao marco referencial, Silva & Arruda (1993, p. 85) descreveram, no início do seu artigo, que apesar da literatura de enfermagem não oferecer clareza sobre a definição do termo marco referencial e, inadequadamente, considerá-lo como sinônimo de marco conceitual, marco teórico, sistema conceitual, ou até mesmo modelo, arriscaram-se a definir marco referencial como um “conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou de modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área da assistência ou ensino”.

Trentini & Silva (1997) apontam como contribuição a esses direcionamentos quando descrevem que conceitos são abstrações da realidade, ou seja, imagens mentais de objetos, propriedades, eventos, idéias e outras realidades que se percebe e se pensa.

Seguindo esse raciocínio, neste capítulo, são apresentados os conceitos, derivados do suporte teórico, anteriormente citado, somados às próprias idéias (crenças e valores), isto é, dos referenciais que correspondem à visão da autora deste estudo, a respeito da questão.

Os conceitos, apresentados a seguir, voltados para a temática ensinar/cuidar, eixo deste estudo, e desenvolvidos no cenário da enfermagem, especificamente no cenário da docência, foram: ser humano educador, educando e enfermeiro; ambiente; enfermagem; integrar/interdisciplinar e ensinar/cuidar, por serem os mais inerentes ao processo proposto; todavia, outros conceitos poderão emergir com igual ou maior importância nesse exercício.

3.1. SER HUMANO

O educador, o educando e o enfermeiro são os representantes do ser humano, cada um com a sua especificidade.

O **educador** é aquele que considera sua história e a história de vida do educando. Tem profundo conhecimento técnico, científico e humanístico; reflete, constantemente, e se engaja de forma intelectual e afetiva (relação e interação). Educa-se no processo vivenciado, em busca constante de inovação, propondo novas formas de atuar que facilitem o aprendizado na esfera de cuidar e ajudar a clientela. Sempre comprometido com o processo de ensinar a cuidar a partir de experiências/vivências entre educador/educando/enfermeira, assume o papel de orientador da aprendizagem, ajudando o educando no crescimento e desenvolvimento de uma consciência crítica, questionadora, com o desejo de compreender, conhecer, construir e buscar soluções, considerando os cuidados de enfermagem como base.

O **educando**, para este estudo, é visto como o sujeito de seu processo de aprendizagem. É um ser concreto, ativo e dinâmico que busca entender a sua realidade. Participa, efetivamente, da parceria, para construção do conhecimento, nos diferentes níveis de aprofundamento, crescendo de processos dependentes para processos de maior autonomia. É capaz de aprender a cuidar de indivíduos com atitudes criativas, críticas e inovadoras; portanto capaz de ser, estar junto com, pensar, fazer e transformar/innovar a realidade.

O **enfermeiro** é um ser humano que busca captar a realidade, fazendo-se agente de transformações. Ao compreender sua realidade, passa a ser capaz de procurar soluções. Nesse processo, selecionando e organizando o que faz e o que vê, adquire novas maneiras de perceber o mundo. Assim, o enfermeiro está apto a pensar, refletir, criar, reavaliar, aprender, reaprender, analisar, comunicar-se e, principalmente, a ensinar a cuidar de si e do outro, tornando-o capaz de cuidar-se.

3.2. AMBIENTE

O ambiente no qual os atores desenvolveram as suas atividades, envolvendo o presente trabalho foram: a instituição educacional e a hospitalar. Nesses locais o grupo (docentes, discentes e enfermeiras), exercitou a reflexão crítica sobre a integração de conteúdos em vista do ensinar a cuidar, isto é, construiu um trabalho interdisciplinar. Esses espaços foram percebidos como um conjunto de condições e fatores externos que influenciaram, de forma positiva ou negativa, na vida, principalmente, no crescimento e no desenvolvimento do educador, do educando e do enfermeiro, enquanto partícipes do ensinar a cuidar. O contexto institucional é o ambiente por meio do qual se articularam, modularam-se as relações e interações entre o grupo (docentes, discentes e enfermeiras), como também foram definidas as suas funções, onde se ocorreram as interações com os outros: os 54 discentes do 3º Ano do Curso de Enfermagem, as equipes de enfermagem nas instituições hospitalares, os clientes hospitalizados, mediante diálogos, gestos, expressões, atividades acadêmicas (reuniões, estudos em grupos, estudos na biblioteca) e cuidados de enfermagem realizados direta e/ou indiretamente para e com o cliente hospitalizado.

3.3. ENFERMAGEM

Enfermagem é uma prática social, regulamentada como profissão e que possui, na sua essência, o cuidado do ser humano. É concebida como um processo criativo, reflexivo e humanitário, o qual favorece a relação dialógica entre docentes, discentes e enfermeiras, permitindo que cada um percebe o outro e a situação e, assim, desvelam a realidade, tornando-se sujeitos questionadores e transformadores. Portanto, uma enfermagem que veja o ser humano (docentes/discentes/enfermeiras) na sua integralidade, como ser único, individual, indivisível e original, acreditando no seu poder de sentir, de perceber, de compartilhar, de crescer e desenvolver-se, de ser mais, de vir-a-ser cuidador e que reconheça também o seu saber/fazer. A enfermagem engaja-se e participa de trabalhos interdisciplinares a fim de atingir a restauração, a reorganização e a construção do conhecimento e do cuidar integralizado entre seres humanos.

3.4. INTEGRAR/INTERDISCIPLINAR

Integrar/interdisciplinar é atitude de aproximação, co-participação, cooperação, reciprocidade, mutualidade, humildade e respeito pela opinião alheia. É atitude de sentimento de amor, esperança e confiança em si próprio e no outro, uma atitude de inter-relação e interação. Essas atitudes são o verdadeiro ponto de partida para a integração na busca de um trabalho interdisciplinar, efetivando, assim, a interdisciplinaridade. É atitude de parceria, de uma proposta de trabalho interdisciplinar que se efetiva pela intensidade de trocas entre os seres humanos, a medida que o pensar de um venha a se complementar no outro. Tudo isso, aliados a momentos de diálogo e a uma busca e luta para a organização, estudo, interpretação e reflexão aprofundada da integração mútua da epistemologia, da terminologia, dos conceitos, dos objetivos, dos conteúdos, dos métodos, dos procedimentos, e das avaliações. Visa, portanto, novos questionamentos, novas buscas, novos conhecimentos, enfim à transformação pessoal e da própria realidade educacional. Exige atitude de comprometimento, de envolvimento, de engajamento, de aceitar e incorporar as experiências dos outros, a ver na vivência do outro, a complementação de sua própria, exige portanto, a passagem da subjetividade para a intersubjetividade de todo grupo no desafio de ver o novo no velho e do velho no novo.

3.5. ENSINAR/CAIDAR

Ensinar a cuidar é a essência, o coração da enfermagem acadêmica. É cuidar, primeiramente, de si para depois cuidar do outro (processo de ser e tornar-se cuidador). A interação do ensinar a cuidar é caracterizado por um clima de ajuda, de ser humano para ser humano. Envolve dimensões mútuas e simultâneas de envolvimento, intimidade, verdade, amizade, respeito, abertura, reciprocidade, diálogo, compartilhamento, aceitação, sensibilidade, sinceridade, autenticidade, humildade, paciência, felicidade, orgulho, confiança, esperança, coragem, auto-estima, auto-confidência e auto-valor. Constitui-se em um fenômeno consciente e intersubjetivo, que visa a formação de profissionais competentes técnico-cientificamente e com habilidades para o cuidado humano. A interação do ensinar a cuidar visa o reconhecimento do crescimento e do desenvolvimento

integral de todos os envolvidos nas suas necessidades pessoais e acadêmicas. É na relação de intersubjetividade que se consegue interpretar as necessidades, manifestas ou não, do educador, do educando e do enfermeiro. É assim que se ensina a cuidar de uma forma mais completa.

A integração proposta, neste trabalho, tem como efeito a formação de profissionais cuja maior competência está justamente num cuidar mais efetivo. Desta forma, os conceitos mencionados, anteriormente, apresentaram assertivas importantes que serviram de parâmetro para o desenvolvimento do estudo.

No capítulo seguinte, apresenta-se a trajetória percorrida, na qual foram destacados o método qualitativo e as modalidades da técnica de observação.

CAPÍTULO IV

DESCREVENDO A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Neste capítulo, é descrito, detalhadamente, a trajetória metodológica que é melhor visualizada na Figura 1, página 65. O caminhar metodológico se inicia na busca de resposta para a questão norteadora “Quais estratégias precisam ser delineadas pelos docentes, discentes e enfermeiras, que possibilitem a integração de conteúdos da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, em vista do ensinar/cuidar?”. A partir da busca de resposta, este estudo foi norteado por uma abordagem qualitativa, para a captação no campo empírico.

O ponto de partida foi a situação existencial e o como ela se mostra no contexto vivido. A partir deste problema, conseguiu-se não apenas uma aproximação com aquilo que se desejava conhecer, estudar e entender, mas também foi criado um conhecimento novo agregado a fundante proposta de integração de conteúdos, evidenciando um caminhar qualitativo conforme Minayo et al. (1994). Minayo et al. (1994) e Alves-Mazzotti & Gewandsznajder (1998) descrevem que a abordagem qualitativa diz respeito à possibilidade concreta de compreender ou tratar de uma realidade específica, de um problema da vida prática, da qual nos próprios somos agentes, enquanto seres humanos.

Minayo et al. (1994) e Minayo (1996) entendem por metodologia como sendo o caminho do pensamento e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Isto é, a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção e apreensão da realidade e também o potencial criativo da investigadora.

Gualda, Merighi & Oliveira (1995) enfatizam que a abordagem qualitativa, no sentido lato, refere-se ao método que produz dados descritivos: palavras tanto escritas como faladas, assim como comportamentos observáveis das pessoas. Complementam que

esse método, de modo geral, enfatiza a importância de se conhecer, entender e interpretar acuradamente a natureza das situações e eventos.

A abordagem qualitativa envolve a coleta e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos, utilizando procedimentos nos quais a tendência é um mínimo de controle imposto pela pesquisadora, que salienta os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos em sua totalidade, no contexto daqueles que estão vivenciando. Constata-se então, que a abordagem qualitativa estuda os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes (Polit & Hungler, 1995; Godoy, 1995).

Como contribuição a esses direcionamentos, Minayo et al. (1994) destacam que a abordagem qualitativa refere-se a experiência humana sentida, vivida, processada, no seu contexto próprio, nas diversas situações sociais, tendo como finalidade compreender as experiências (crenças, valores, motivos, atitudes, hábitos) no seu todo, na perspectiva do grupo participante.

Gualda, Merighi & Oliveira (1995) e Rosa (1998) comentam que o processo interativo é abordado na pesquisa participante. Enfatizam que o objetivo dessa modalidade de pesquisa é trabalhar em estreita interação com os sujeitos pesquisados, numa relação mútua de aprendizado em todas as etapas do estudo e que tem como finalidade produzir conhecimentos a partir da participação e cooperação de todos os envolvidos na situação pesquisada.

A preocupação dessa pesquisa participativa é a qualidade do fenômeno e não a quantidade de sua ocorrência e, por meio da ação-reflexão-ação procura constantemente, atuar e modificar a situação estudada. É um processo de conhecer e agir; é um processo coletivo; uma ação educativa capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas dos problemas e ao mesmo tempo, de criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança (Gualda, Merighi & Oliveira, 1995). Para constatar isso, os atores do grupo de trabalho, engajados na pesquisa participante, simultaneamente, aumentaram o seu entendimento e conhecimento de uma situação particular (construção da proposta), bem como partiram para a ação (implantação e implementação) de mudança em seu benefício.

Partindo desses pressupostos, todos os atores, deste estudo, passaram a ser sujeitos e constituíram uma equipe. Todos cooperaram e colaboraram com a situação investigada;

tiveram um substrato comum de identidade com a observadora, sendo solidariamente imbricados e comprometidos com o proposto. Assim, pode-se afirmar que não foi apenas a investigadora que deu sentido ao seu trabalho, mas um grupo de pessoas que deram significado e intencionalidade as ações e as construções (Minayo et al., 1994). Percebe que existiu uma identidade entre sujeito e objeto quando ambos buscaram trabalhar em completa integração em todas as etapas do processo: de construção (proposta), de implantação, de implementação (intervenção na realidade) e de avaliação da proposta de integração de conteúdos.

Frente ao exposto, justifica-se a escolha da abordagem qualitativa em virtude de suas características, a saber: ser flexível; permitiu abertura a variadas perspectivas; rejeitou a neutralidade do saber científico; possibilitou a interação entre a investigadora e os atores; tornou possível a compreensão do fenômeno dentro do contexto em que o mesmo ocorreu e do qual fez parte; ofereceu um conjunto de técnicas que possibilitaram a coleta das informações; e permitiu a descrição fina da construção da proposta de integração de conteúdos.

4.1. ADENTRANDO NO CENÁRIO DA PESQUISA

A entrada no contexto iniciou-se em junho de 1999, quando a autora desse estudo elaborou e aplicou o projeto da prática assistencial, desenvolvido no Mestrado, nas Disciplinas Prática Assistencial de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem e Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem. Este foi o período no qual tive o primeiro contato com os sujeitos do trabalho.

A opção pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) baseou-se, fundamentalmente, em dois pontos básicos: a primeira, porque atuo como docente nessa Instituição, no Curso de Graduação em Enfermagem e sou responsável pela Unidade Temática Enfermagem Clínica; a segunda, porque foi nesse ambiente que senti as inquietações decorrente da percepção de uma fragmentação do conhecimento e do cuidar, assim como também do trabalho isolado de cada professor.

A segunda entrada no contexto ocorreu dia 31 de janeiro, quando foi marcado o primeiro encontro com o grupo tendo como finalidade a construção da proposta de integração de conteúdos.

4.2. COMPONDO O GRUPO DE ESTUDO

O grupo teve sua composição inicial durante o projeto da prática assistencial, em 1999, quando foram convidados: três docentes, que ministraram as unidades temáticas Enfermagem Clínica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em Centro Cirúrgico, da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II; duas discentes matriculadas nesta disciplina; e três enfermeiras responsáveis, respectivamente, pelas Unidades Clínica (posto 6), Cirúrgica (posto 3) e Centro Cirúrgico, do Hospital Universitário Cajuru. Esses setores foram selecionados porque as docentes ministraram seus estágios supervisionados nessas áreas, no período da manhã e da tarde.

Em janeiro de 2000, o grupo constituiu-se de: três docentes, duas discentes e uma enfermeira responsável pela Unidade Cirúrgica, que havia passado para o cargo de coordenadora das unidades emergenciais. Além desses atores, foram convidados mais um docente e uma enfermeira coordenadora da Irmandade Santa Casa de Misericórdia. O convite ao docente, se deu por ele fazer parte da disciplina em questão, enquanto que a enfermeira foi convidada a pedido da Diretora do Curso de Enfermagem, visto que o estágio de Enfermagem Clínica viria a ser desenvolvido nesta Instituição de saúde e também porque a PUCPR havia assumido a administração desse Hospital. As outras duas enfermeiras não fizeram parte neste estudo, pelo fato de uma ter deixado o hospital e a outra se encontra em período de gestação.

Sendo assim, foram convidados para participarem da proposta:

- Quatro docentes que ministram as Unidades Temáticas da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, do Curso de Graduação em Enfermagem. Destes, quatro professores, um responde pelas unidades temáticas Primeiros Socorros e Saúde Ocupacional, outro pela Enfermagem Clínica, outro pela

Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em Doenças Transmissíveis e um outro pela Enfermagem em Centro Cirúrgico.

- Duas discentes matriculadas no 4º ano do Curso de Enfermagem.
- Duas enfermeiras, uma Coordenadora do Hospital Universitário Cajuru (HUC) e a outra Coordenadora da Irmandade Santa Casa de Misericórdia.

Foram escolhidos esses participantes em função das questões de interesse do estudo, das condições de acesso, da permanência no campo e da disponibilidade dos sujeitos. A seleção dos sujeitos envolvidos seguiu o seguinte critério: ser professor responsável pelas Unidades Temáticas, ser enfermeira dos campos de prática e ser discente participante da disciplina do ano anterior. Esses critérios permitiram maior liberdade e ajuda na operacionalização deste estudo.

4.3. TRAÇANDO A TRAJETÓRIA

Inicialmente, se fará um resgate da trajetória da Prática Assistencial, que serviu como pano de fundo para a construção da proposta de integração de conteúdos. Num segundo momento, será apresentado as estratégias delineadas para a integração de conteúdos.

O propósito da trajetória da Prática Assistencial, era vivenciar/executar cinco momentos, a saber:

- Levantamento do Diagnóstico Situacional da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II.
- Realização de oficinas de sensibilização docentes/discentes/enfermeiras, tendo em vista o planejamento.
- Planejamento em grupo da integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar.
- Implantação e implementação da proposta.
- Avaliação do processo da implantação e implementação.

Os dois primeiros momentos mencionados fizeram parte da prática assistencial e serão descritos a seguir. O terceiro, o quarto e o quinto momento, não puderam ter a sua aplicabilidade no período previsto, em virtude do calendário escolar e do pouco tempo disponibilizado para a prática assistencial. Contudo, tiveram seu desenvolvimento durante os primeiros meses do presente ano e fazem parte do capítulo V. Em vista disso, esses três últimos momentos foram consolidados na proposta de planejamento, implantação, implementação e avaliação do processo, com evolução no decorrer dos estudos da Dissertação de Mestrado.

Contempla-se na primeira fase da prática assistencial os dados decorrentes do diagnóstico situacional, que trata a percepção dos docentes, discentes e enfermeiras, e que foram apreendidos mediante aplicação de um questionário.

Visto que esse momento foi considerado como uma das fases preliminares para a construção da proposta de integração de conteúdos, apresenta-se, aqui, somente a coleta das informações, o método utilizado para organizar e agrupar as informações e o resultado obtido após análise dos dados.

Para se conhecer o processo de ensino-aprendizagem da disciplina em estudo, foram aplicados questionários: o primeiro, com 13 questões para 40 discentes; o segundo, com 14 questões para três docentes; e o terceiro, com 5 (cinco) questões para as três enfermeiras (Anexos III, IV e V). Todos os questionários foram previamente testados junto a duas docentes. Os entrevistados, antes de responderem o questionário, foram orientados quanto ao objetivo do trabalho, ao preenchimento, à participação voluntária e à não obrigatoriedade da identificação.

No primeiro contato, vários relatos foram realizados pelos discentes, docentes e enfermeiras:

Esse projeto será bem-vindo, porque na forma em que está não dá para continuar
(Docente).

Os conteúdos somente são dados e pronto. Se você aprendeu ou não isso não importa
(Discente).

Depois que você falou sobre a integração da disciplina, acho que é uma boa idéia, porque somente assim os professores, alunos e enfermeiros se engajam e começam a unir teoria com prática. Somente desta maneira, podemos cuidar do paciente como um todo (Docente).

Acho que até agora não aprendi quase nada. Tomara que com esta integração eu consiga aprender mais (Discente).

Esse projeto trará grandes benefícios para o ensino e a para prática de enfermagem (Enfermeira).

Após a aplicação dos questionários e durante o período de férias dos discentes e docentes, em julho de 1999, foram, primeiramente, compiladas as respostas dos informantes em tabelas. Em seguida, realizaram-se sucessivas leituras dos discursos, com o fito de apreender o sentido do todo, buscando resgatar unidades mais expressivas sobre o tema, e finalmente, foram organizados e agrupados os dados em seis grandes categorias (considerou-se a frequência, as similaridades e as convergências das respostas) (Gil, 1994). São elas: **pouca participação na elaboração do plano de ensino; necessidade de investir na capacitação do docente; fortalecer a integração de conteúdos e pessoas; necessidade de revisar as metodologias utilizadas; reforçar a relação teoria x prática; e estimular comunicação adequada.**

Essas categorias foram analisadas e interpretadas. Em cada uma delas foram citados alguns relatos fornecidos pelos sujeitos (docentes, discentes e enfermeiras) e, em seguida, ligados aos referenciais teóricos selecionados. As seis categorias foram fundamentadas por: Libâneo (1994); Vasconcelos (1994); Machado (1998); Behrens (1996); Bordenave (1993); Mizukami (1986); Freire (1997); Boery, Dosati & Laselva (1994); Matos (1995); Teixeira & Tavares (1997) e Stefanelli (1993).

Finalizando essa primeira fase, descreve-se o segundo momento da prática assistencial, que assinala a apresentação dos resultados à clientela em foco e o início da realização de oficinas de sensibilização dos atores docentes, discentes e enfermeiras, tendo em vista o planejamento da proposta, objeto deste estudo.

Ao total foram realizadas 13 oficinas, tendo como objetivo sensibilizar os sujeitos do presente estudo, considerando-se o diagnóstico situacional relativo ao atual processo ensino-aprendizagem, sem perder de vista o planejamento da proposta. Nessa etapa, foram

sensibilizadas duas docentes e os discentes do 3º ano, enquanto que a terceira docente e as enfermeiras somente participaram na última oficina. Isso ocorreu em virtude de problemas pessoais e profissionais.

A **primeira oficina**, que ocorreu no dia 12 de julho, serviu ao propósito inicial, pois as duas docentes estavam preocupadas com a metodologia adotada até então. Relataram que:

Estavam cansadas de transmitir o conteúdo quando apenas alguns alunos se interessavam, sendo que a maior parte dos alunos da classe se mantinham dispersos, cochichando ou até dormindo (Docente).

Queixaram-se ainda que:

Estavam exaustas por chamar a atenção da turma para que permanecessem quietos e participassem da aula (Docente).

Diante desses problemas, as docentes solicitaram mudança urgente da metodologia aplicada em sala de aula e disseram:

A mudança é necessária porque estamos preocupadas com o processo ensino-aprendizagem do aluno e almejamos para o futuro um aluno crítico, reflexivo e autônomo (Docente).

Com todas essas inquietações das docentes, ansiosas por mudança e por inovação neste quadro desordenado da metodologia, decidiu-se elaborar novo método e aplicá-lo somente nas primeiras aulas teóricas. Essa atitude foi provisória, porque a maioria da população estudada não estava presente.

Dando continuidade ao trabalho, no dia 12 de julho, devido as participações das docentes nas várias conferências, palestras, reuniões da comissão pedagógica e realização de leituras individuais, optou-se por utilizar a Metodologia da Problematização, o que inclusive chegou a coincidir com o eixo metodológico em discussão na Comissão Pedagógica da PUCPR.

A partir dessa decisão, a pesquisadora ofereceu os materiais bibliográficos que tinha em mãos sobre a metodologia da problematização. Nesse momento, começamos a ler e discutir o conteúdo descrito por vários autores.

No final do dia, além de agendar a segunda oficina para dia 13 de julho, escolheu-se também os referenciais teóricos, que foram: “A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis” de Berbel (1996) e “Metodologia da problematização – alternativa metodológica viável para a Disciplina de Fundamentos de Enfermagem” de Guariente (1996).

Na **segunda oficina**, partindo das leituras e discussões sobre a Metodologia da Problematização, decidiu-se continuar com os mesmos conteúdos programáticos, mudando somente a metodologia adotada e os critérios de avaliação para o 3º bimestre, do 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem PUCPR.

Nesse dia, a relação dos temas das Unidades Temáticas Enfermagem Clínica e Enfermagem Cirúrgica para o 3º bimestre foi: assistência de enfermagem a pacientes com alterações respiratórias, cardíacas, vasculares e gastroesofágicas. As aulas foram agendadas para todas segundas-feiras das 15:30 às 17:10 e sextas-feiras das 9:30 às 11:10. Este horário já estava programado desde o início do ano.

Em relação aos temas citados acima, na **terceira oficina**, dia 14 de julho, discutiu-se as estratégias que deveriam ser usadas para desenvolvê-las na prática. Para tanto, chegou-se às seguintes conclusões: as atividades se realizariam em parceria professor-aluno e a partir dos temas já relacionados, o grupo de alunos escolheria um de seu interesse e desenvolveria o estudo de caso, apresentando-o na sala de aula. Decidiu-se também que o professor daria início ao tema, para que, em seguida, o grupo de alunos apresentasse o seu estudo de caso; se necessário, o professor auxiliaria o grupo nas dificuldades que aparecessem. No final da apresentação, os professores e os alunos discutiriam o estudo, esclarecendo as dúvidas.

Outro aspecto que mereceu discussão, nesse dia, foi o estudo de caso. Para que o aluno pudesse desenvolvê-lo, fez-se necessário estruturar e elaborar um roteiro onde estariam elencadas as etapas do estudo de caso. Essas etapas, consideradas similares ao método científico, foram: seleção de um cliente com a ajuda do docente e da pesquisadora; entrevista; exame físico; descrição dos dados identificados; priorização dos problemas

detectados; teorização; formulação de hipóteses; e aplicação na prática, visando a transformação da realidade. Nesse processo, o docente e a pesquisadora, deveriam ter como papel estimular e despertar a participação ativa, e auxiliar no potencial reflexivo e crítico do aluno na busca de alternativas.

Após seleção das etapas, agendou-se a **quarta oficina**, que foi realizada no dia 15 de julho. Nesse dia foram elaborados os critérios de avaliação do estudo de caso, onde foram considerados: cronograma de entrega; utilização das normas da ABNT; participação e interesse em sala; relato do vivenciado pelo grupo; domínio do conteúdo; solução dos problemas e implicação para o grupo. Foi também definido valor 10 (dez) sendo 5,0 (cinco) para a apresentação e 5,0 (cinco) para o trabalho propriamente dito.

Ao término dessas atividades, o material elaborado foi fotocopiado, sendo entregue para os discentes nos dias 26 e 30 de julho, quando foram realizadas a **quinta e a sexta oficina**. Nessas oficinas, foram apresentados os resultados do diagnóstico situacional e programa do bimestre (conteúdos, metodologia e critérios de avaliação). Nesse encontro, os discentes sugeriram que os temas, destacados na segunda oficina, deveriam ser subdivididos, evitando-se repetições. Sendo, a seguir, relacionados os subtemas junto com os alunos, totalizando 15 subtemas. Também, foi solicitado aos discentes que se dividissem em grupos, de quatro a cinco alunos por grupo, somando 15 grupos. Isso, permitiu que cada grupo escolhesse o assunto de seu interesse.

Esses assuntos, foram operacionalizados, na **sétima até a décima segunda oficina**, utilizando-se o roteiro do estudo de caso. Nessas fases, foram realizados de quatro a cinco encontros com cada grupo antes das apresentações em sala de aula.

A descrição de apenas uma apresentação do estudo de caso, realizada por um dos grupos de alunos, decorreu da necessidade de mostrar aos leitores o resultado de uma delas, uma vez que a descrição de todas tornaria o trabalho muito extenso.

A seleção para a apresentação do estudo de caso, deu-se em 16 de agosto. O grupo de alunos estava bem preparado com relação ao propósito do trabalho, tendo permitido, desta forma, uma participação ativa de toda a classe, evitando-se com isso conversas paralelas. A turma respondeu às questões elaboradas pelas palestrantes e fizeram muitas perguntas. Tais atitudes demonstraram ter havido troca de aprendizado. Ao final, elogiou-

se o grupo pela destreza na apresentação. A turma e as docentes foram indagadas sobre essa nova metodologia, ao que responderam:

Tenho a certeza de que aprendi muito nesta aula e também as minhas colegas que apresentaram este trabalho. Acho válido este novo método porque parece que eu conheci pessoalmente o paciente, sei como ele é e como está. Depois desta apresentação sei, também, o que fazer com o paciente para melhorar o estado de saúde dele (Discente).

Este estudo foi muito difícil, porque precisei estudar muito, ir a fundo, pesquisar e entender o estado do paciente, mas cheguei à conclusão de que valeu a pena. Se todos fossem assim seria ótimo (Discente).

O trabalho foi bem apresentado. O conteúdo estava interessante, dinâmico e muito rico. Com certeza crescemos muito com a apresentação do estudo de caso das colegas. As prescrições e principalmente as justificativas foram de grande valia para o meu conhecimento (Discente).

Achei este método muito eficiente, porque todos vocês participaram. Fiquei impressionada com a atitude de cada um, porque em outras aulas vocês não ficam quietos por nada. Toda a hora tinha de chamar a atenção da turma. Hoje a aula se desenvolveu de maneira gostosa. Gostaria de felicitar o grupo pela brilhante apresentação do estudo de caso e, principalmente, a turma pelo interesse e participação nesta aula (Docente).

Após essas experiências, agendou-se a **décima terceira e última oficina**, desenvolvida com a participação de três docentes, duas discentes e três enfermeiras, onde ficamos reunidas por duas horas no Hospital Universitário Cajuru. Esse encontro não foi produtivo do ponto de vista de se principiar um planejamento coletivo, razão pela qual foi descrito como oficina, pois o contato não deixou de ser importante.

Percebeu-se o progresso no processo de conhecimento e confiança mútua entre os partícipes, com maior vínculo pessoal e profissional. Havia, contudo, a clara percepção de que se tinha apenas iniciado a caminhada e que ainda se teria muitos desafios pela frente. Essa percepção vinha com naturalidade.

Com respeito ao que foi dito, as ansiedades que brotaram e que foram parcialmente amenizadas, sem se perceber, a não ser pela reação que se espelhava nos olhares e em alguns depoimentos, como por exemplo:

Esta proposta será muito boa para melhorar o ensino, mas vai ser muito difícil de ser elaborada e principalmente ser aplicada (Docente).

Ficou claro, nessas oficinas que, na realidade, existe necessidade urgente da articulação dos conteúdos e dos métodos, através de sucessivas aproximações da prática na Enfermagem. Percebe-se que este é o momento propício para romper com a formação acadêmica que os professores, receberam e que continuaram a reproduzir aos seus alunos, inspirada no modelo biomédico.

Frente a essa constatação, fez-se necessário delinear estratégias que propiciassem a integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar. Para tanto, marcou-se a primeira reunião com o grupo no dia 31 de janeiro de 2000. Além dessa reunião, houve mais oito reuniões formais (16, 22, 23 e 28 de fevereiro, 01, 02, 09 e 21 de março) gravadas em fita "K7", com exceção da reunião de 31 de janeiro. Com relação a esses encontros, buscou-se em primeiro lugar uma aproximação com as pessoas da área selecionada para o estudo. Os outros foram acontecendo de modo gradual, quando cada dia de trabalho era refletido e avaliado, com base no objetivo preestabelecido.

Os nove encontros tiveram como finalidade elaborar a proposta de integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar. Nessa proposta, participaram quatro docentes, duas discentes, duas enfermeiras e a animadora (a autora do trabalho em questão).

As primeiras sete reuniões ocorreram durante o turno normal de trabalho. A oitava e nona aconteceram no período noturno. Mesmo com essa flexibilidade de horário, devido a alguns fatos circunstanciais, principalmente por situações imprevistas no desempenho de funções profissionais, nem sempre todos os participantes estiveram presentes em todas as reuniões. Percebia-se que a cumplicidade do grupo era muito grande porque justificavam as suas ausências ligando para um dos atores do grupo.

Além dessas reuniões formais, houve encontros informais, com mais uma, duas ou três pessoas. Assim, esses encontros subseqüentes, não foram gravados, porque eram

encontros rápidos, como os que aconteciam na sala dos professores do Bloco de Biomédicas, PUCPR, quando um sujeito participante apresentava as suas dúvidas, sugeria algumas questões e explicava a importância. Todas estas alterações e discussões eram passadas para o grupo, permitindo a revisão e se necessário a modificação.

Essa proposta, a partir do dia 25 de fevereiro de 2000, foi implantada e implementada para os 54 discentes do 3º ano, na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II do Curso de Graduação em Enfermagem da PUCPR. Os horários das aulas teóricas ocorreram nas 6ª feiras das 7:30 às 9:10 e nos sábados das 7:30 às 11:10. Os estágios supervisionados desenvolveram-se de 2ª à 5ª-feira pela manhã.

Nos meses de janeiro, fevereiro e março foi construída a proposta; em fevereiro março, abril e maio ela foi implantada e implementada. De janeiro até maio foi realizado avaliação de todo o processo.

4.4. COLETANDO AS INFORMAÇÕES

As abordagens qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Dentre essas variedades foi utilizada a técnica de observação (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998).

A observação desempenha papel importante nos processos de descoberta e obriga a investigadora a um contato mais direto com a realidade (Marconi & Lakatos, 1996). Afirmam ainda, que a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar.

Na investigação deste trabalho foram empregadas quatro modalidades de observação (Marconi & Lakatos, 1996, p. 80; Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998, p. 164):

- Segundo a participação do observador: observação participante.

- Segundo os meios utilizados: observação não estruturada (também chamadas assistemática, antropológicas ou livres) e observação estruturada.
- Segundo o número de observações: observação individual e observação em equipe.
- Segundo o lugar onde se realiza: observação efetuada na vida real (trabalho de campo).

Essas modalidades de observação foram utilizadas em diferentes situações, tais como: no levantamento do diagnóstico situacional da disciplina, as informações foram obtidas mediante a observação estruturada; nas realizações de oficinas de sensibilização dos atores, os dados foram coletados por meio da observação participante; e nas etapas do processo da construção, implantação, implementação da proposta, as informações foram obtidas tendo como principais instrumentos as observações individual, em equipe, não estruturada e a efetuada na vida real.

Na **observação estruturada**, os comportamentos observados, bem como a forma de registro, foram preestabelecidos. Utilizaram-se questionários, elaborados previamente, para a coleta dos dados ou fenômenos observados, registraram-se as frequências das percepções dos docentes, discentes e enfermeiras e identificaram-se categorias.

A técnica de **observação participante** se realizou mediante contato direto da investigadora com os docentes, discentes e enfermeiras para obter informações sobre a realidade/fatos desses atores. A observadora, enquanto parte do contexto de observação, estabeleceu uma relação face a face com os atores, por meio de oficinas de sensibilização onde houve modificações tanto da investigadora como dos atores observados. Essas observações registradas em caderno, foram denominadas “Diário de Campo”, trazendo as informações das conversas formais (13 oficinas), comportamentos, gestos, expressões (Minayo, 1996).

A importância atribuída à observação participante está relacionada à valorização do instrumental humano, que decorre da extrema adaptabilidade da observadora. Por isto, a observadora aprendeu a usar sua própria pessoa como o principal e o mais confiável instrumento de observação, seleção, coordenação e interpretação (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998).

Observação individual. Essa técnica de observação foi realizada pela animadora. Registrou-se por escrito os comportamentos/fatos da realidade os quais foram vivenciados (manifestações verbais, ações, atitudes, reações, expressões, etc.), sendo denominado “notas de campo” por Selltiz, Wrightsman & Cook (1987, p. 76).

Nas notas de campo foram registrados os comportamentos/fatos de forma separada, a saber: reuniões formais que ocorreram no período da construção da proposta; encontros informais com o(s) sujeito(s) na sala dos professores, que aconteceram no período da construção, implantação e implementação; aulas teóricas ministradas na sala de aula, realizadas no período da implantação e implementação (comportamentos do grupo e dos 54 discentes); e reflexões/interpretações individuais sucederam-se em todos os momentos.

As reuniões formais foram gravadas pela pesquisadora e transcritas por uma discente, a qual participou na elaboração da proposta atual, o que permitiu uma transcrição mais fidedigna das informações, principalmente, das atitudes do grupo. Uma outra discente registrou-as em “*diskettes*”. Logo após a entrega da transcrição e do registro, ouvia as fitas “K7” e lia as anotações feitas pelas discentes, atentamente. Nesse processo, incluía algumas anotações que se referiam à entonação de voz, os gestos que acompanhavam as falas (relatos), os momentos de silêncio quando um membro do grupo aceitava o pensamento do outro ou refletindo acerca das informações do outro, o respeito mútuo e algumas expressões corporais, enfim o que chamou atenção durante as reuniões.

Os encontros informais, as observações feitas na sala de aula e as interpretações/reflexões individuais serviram, principalmente, para orientar como estava o andamento da construção, da implantação e da implementação da proposta. Nos encontros informais com o(s) sujeito(s) sempre foi solicitado a devida autorização para utilizar as informações no estudo. Às vezes, esta atitude não era necessária porque o sujeito pedia que fosse acrescentada a informação fornecida por ele no trabalho (observação em equipe).

Observação em equipe. O grupo observou o seguinte: durante a construção da proposta, em um dado momento todos atingiram o mesmo nível de percepção dos pontos que estavam sendo elaborados, tendo havido apresentação de idéias, confrontação de opiniões e, finalmente, uma consolidação do entendimento e em outros momentos, durante a construção, implantação e implementação, cada sujeito do grupo ficou vigilante, observou, refletiu e registrou os diferentes aspectos/fatos (conjunto de atitudes

comportamentais) do grupo e dos 54 discentes, posteriormente relatados à animadora ou mesmo entregues por escrito.

Observação não estruturada. A observação não estruturada é característica dos estudos qualitativos, na qual os comportamentos (fatos da realidade) a serem observados não são predeterminados. Eles são observados, recolhidos, registrados e relatados da forma como ocorrem, sem que a observadora utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas, visando descrever e compreender o que está ocorrendo numa dada situação. Assim, o conhecimento é obtido de uma experiência casual, sem que se tenha determinado de antemão quais os aspectos relevantes a serem observados e que meios utilizar para observá-los (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998; Chizzotti, 1998; Marconi & Lakatos, 1996).

No período da construção da proposta foram registradas as conversas em fitas, e na implantação e implementação foram colhidas várias informações dos 54 discentes, que serviram para avaliar a proposta, sendo elas: descrições dos conceitos-chave “ser humano” e “cuidar/cuidado”; descrições dos fatores críticos de sucessos até dia 17 de março e avaliação bimestral, dia 08 de abril de 2000.

Observação efetuada na vida real. As observações foram feitas na PUCPR. Registraram-se os dados à medida que foram ocorrendo, espontaneamente, sem a devida preparação (Marconi & Lakatos, 1996).

Alves-Mazzotti & Gewandsznajder (1998) enfatizam muito bem a validade dessas técnicas, quando afirmam que a observação de fatos, de comportamentos e de cenários é extremamente valorizada pelas estudos qualitativos, além dos eventos que ocorrem fora do período de observação individual e em equipe, os quais também devem ser registrados, como o caso das reflexões individuais.

4.5. ANALISANDO E INTERPRETANDO AS INFORMAÇÕES

Os métodos qualitativos tipicamente geram um enorme volume de dados que precisam ser organizados e compreendidos. Isto se faz por meio de um processo continuado em que se procura identificar dimensões, categorias, tendências, padrões,

relações, desvendando-lhes o significado. Este é um processo complexo, não linear, que implica em um trabalho de redução, organização e interpretação dos dados que se inicia já na fase exploratória e acompanha toda a investigação (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998).

Para analisar e interpretar as informações obtidas na coleta utilizou-se o método descritivo, que tem como primordial objetivo descrever as características/fatos de determinado fenômeno ou situações da realidade (Gil, 1994; Triviños, 1987). Assim, descreve-se: as características da construção da integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar; os comportamentos (opiniões, atitudes, expressões, crenças, valores, sintonia de relações interpessoais) da integração do grupo; e as informações obtidas dos 54 discentes que mostraram a efetivação da integração dos conteúdos, em vista do objetivo proposto.

4.6. VALORIZANDO OS ASPECTOS ÉTICOS

Considerando os objetivos propostos e em respeito aos princípios éticos, encaminhou-se no dia 21 de junho de 1999, uma carta à Diretora do Curso de Enfermagem, solicitando-lhe a permissão para desenvolver o trabalho junto à comunidade acadêmica da PUCPR, bem como a divulgação da pesquisa (Anexo II).

Uma vez aprovado este pedido, foi entregue pessoalmente uma cópia do projeto da Prática Assistencial e uma carta, solicitando a participação e colaboração no planejamento da proposta de integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar, para três docentes, duas discentes e três enfermeiras. Na solicitação, ficou claro que seria mantido total sigilo e anonimato sobre cada pessoa envolvida no processo, tendo sido facultada a desistência do compromisso assumido em qualquer momento (Anexos III, IV e V).

No dia 31 de janeiro de 2000, a pesquisadora apresentou-se ao grupo de estudo como docente da PUCPR, cursando o Mestrado e informou que pretendia desenvolver um trabalho. Nesse momento, foi entregue o Projeto de Dissertação do Mestrado ao grupo, com a finalidade de expor: a justificativa, o objetivo proposto, o referencial teórico citado, a metodologia a ser desenvolvida (técnicas, procedimentos), a importância para a prática

educacional, o tipo de participação e a razão pela qual era solicitada a colaboração de todos os envolvidos, bem como o esclarecimento de alguns itens (Brasil, 1996; Contandriopoulos et al., 1999).

Além do projeto, foram também entregues as solicitações por escrito, onde estavam explicitados os aspectos éticos: decisão livre pela participação e colaboração para planejar, implantar, implementar e avaliar a integração dos conteúdos; permissão para gravar as reuniões formais; discrição assegurada quanto ao sigilo, anonimato e confidencialidade de cada sujeito envolvido. Foi salientado que todo participante estava livre para participar ou desistir do estudo quando o desejasse. Ao discente, foi esclarecido que a participação voluntária não estava ligada a qualquer juízo de valor, ou seja, à atribuição de nota ou conceito. E, ao grupo, foi explicado que a participação nesse processo devia ser espontânea e mediante disponibilidade e possibilidade individual de cada um (Anexos VI, VII e VIII) (Brasil, 1996; Contandriopoulos et al., 1999).

Tendo-se ciência de que o trabalho será apresentado na comunidade, na qual o grupo envolvido pode ser facilmente identificado e que foi assegurado o anonimato no início do estudo, o grupo, após breve discussão, sugeriu que a animadora usasse, no texto do trabalho, codinome para cada ator envolvido. Isso, também, permitiu assegurar a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem dos participantes.

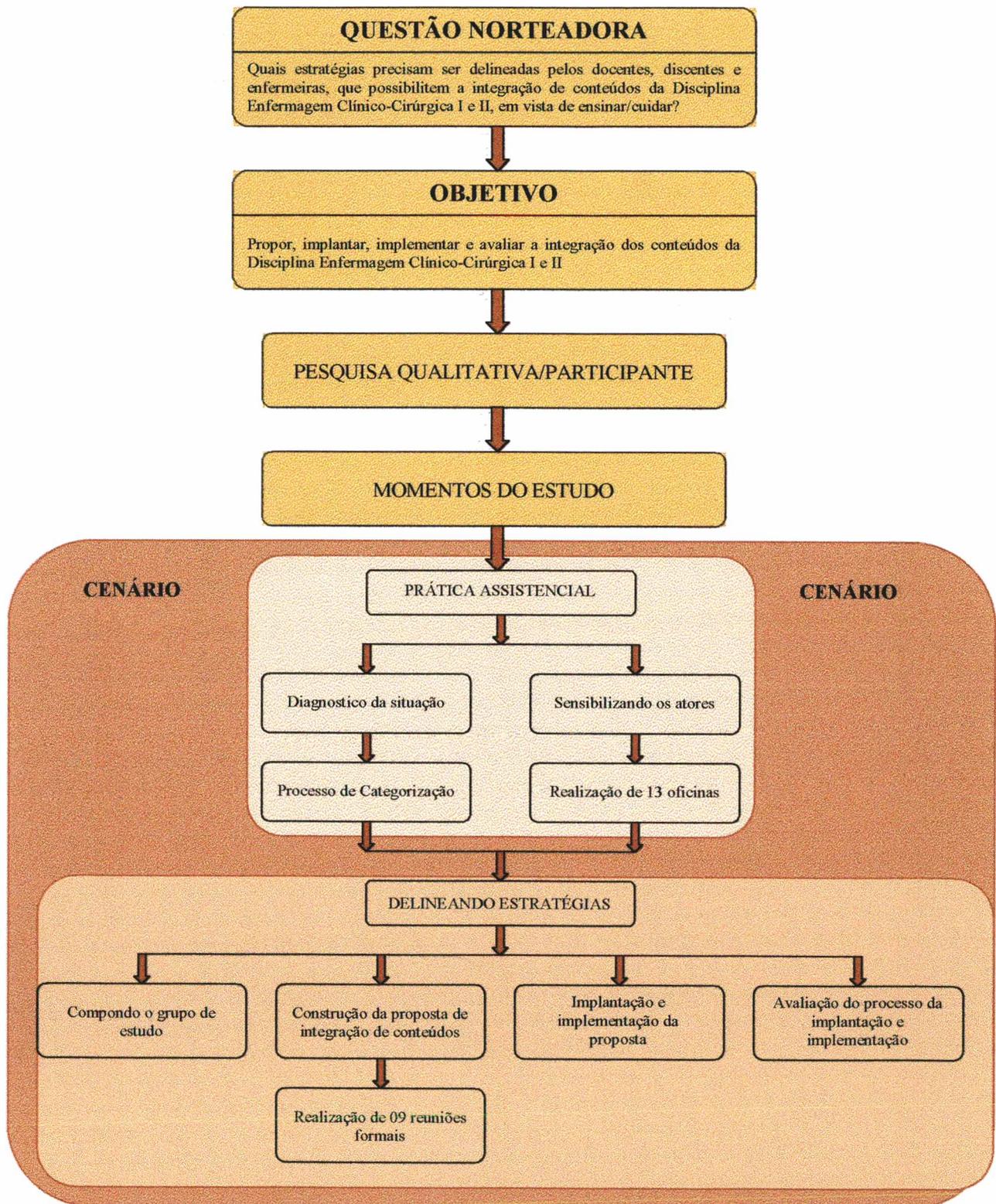
Com relação as reuniões formais, essas foram marcadas de comum acordo com o grupo e deveriam ocorrer em horários de aula e trabalho. Para tanto, foi solicitado à Diretora do Curso de Enfermagem, à Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário Cajuru, ao Diretor de Enfermagem da Irmandade Santa Casa de Misericórdia e aos professores responsáveis pelas Disciplinas do 4º Ano, onde as duas discentes estariam desenvolvendo suas atividades acadêmicas, a liberação para participarem desta proposta. Sabe-se que para os atores envolvidos conseguirem conversar e trocar experiências e estratégias, numa inter-relação mútua, eles necessitam de maior disponibilidade no oferecimento de horas-atividade.

Divulgou-se no dia 25 de março de 2000 a proposta aos alunos do 5º período do Curso de Enfermagem, aproveitando o momento em que todos se encontravam em sala de aula na disciplina em foco. Foram explicados todos os propósitos como: projeto de Dissertação de Mestrado e elaboração pelo grupo de uma proposta de integração de

conteúdos com a finalidade de superar os problemas detectados nos questionários respondidos pelos professores, alunos e enfermeiras no ano anterior. Assim, os 54 alunos ficaram familiarizados com a proposta, que possibilitou a colaboração na implantação, implementação e avaliação da proposta.

A seguir, no capítulo V, serão descritas as estratégias que possibilitaram a integração dos conteúdos da Disciplina em questão.

FIGURA 1: Trajetória Metodológica



CAPÍTULO V

DELINEANDO ESTRATÉGIAS E INTEGRANDO CONTEÚDOS

Este capítulo tem a finalidade de expor as estratégias que possibilitaram a integração dos conteúdos das Unidades Temáticas da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, tendo em vista o ensinar/cuidar. Apresenta a construção da proposta de integração de conteúdos, sua implantação, implementação e avaliação de todo processo.

5.1. APRESENTANDO A PROPOSTA

Na tentativa de percorrermos caminhos alternativos na busca da melhoria da qualidade de ensino e com intuito de refutar ou superar as fronteiras da fragmentação do saber, o grupo envolvido neste estudo caminhou em direção ao ensino interdisciplinar, tendo como horizonte a construção de uma proposta de integração de conteúdos e o ensinar/cuidar.

Entende-se por fragmentação do saber a dissociação das múltiplas facetas do objeto de estudo. Acredita-se que o saber emerge à medida que o conhecimento é apreendido e incorporado pelo educando. Dessa forma, facilita-se a aprendizagem quando se integra as diversas Unidades Temáticas da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, na busca do saber uno e totalizador.

Esta disciplina como já descrito no Capítulo I é desenvolvida no 5º e 6º período do 3º ano, com carga horária total de 480 horas, subdivididas em 195 para ensino teórico, 60

para ensino prático e 225 para estágio supervisionado. Estava centrada na sistematização da assistência de enfermagem, na saúde do adulto e idoso, assim como nos desvios que ocorressem, os quais pudessem necessitar de tratamento clínico, cirúrgico e/ou emergencial.

Diante dessas considerações, tendo por premissa o educando como ser global e merecedor de uma educação integral, iniciou-se a partir de 31 de janeiro de 2000, as primeiras modificações na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, a caminho da integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar.

A proposta de integração de conteúdos foi subsidiada pelas concepções de pedagogos e epistemólogos, principalmente por Japiassu (1976, 1992), Fazenda (1991, 1992, 1994) e Bordenave & Pereira (1995); pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1994b) na obra “Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde”, assim como por especialistas de cuidado como Polak (1997a e b) e Waldow (1999), tendo sempre como horizonte a integração “teoria versus prática” e o conceito central ensinar/cuidar.

Os aspectos prioritários, considerados relevantes na construção da proposta, adotados pelo grupo, foram: as Bases Legais da Portaria Ministerial n.º 1721 de 15/12/94 (Brasil, 1994a); o Currículo Pleno do Curso de Enfermagem (Anexo I); as Bases Filosóficas e as Bases Sócio-Culturais.

Foram estabelecidos dois eixos norteadores para os aspectos acima mencionados, a saber: o referencial filosófico baseado no CUIDADO e o referencial metodológico fundamentado na PROBLEMATIZAÇÃO. Esses dois eixos direcionaram todo o processo de elaboração do Programa de Ensino da Disciplina, principalmente as aptidões (objetivos) e as atividades acadêmicas.

Antes de apresentarmos o Programa de Ensino da Disciplina, é preciso que se reflita sobre as justificativas pela opção e escolha dos dois eixos norteadores.

A opção pelo eixo do “Cuidado” decorreu da certeza que o cuidado é a essência da educação em enfermagem e por esse motivo precisamos preparar os profissionais enfermeiros para atuarem como cuidadores de si, com o outro e pelo outro. Somente assim, teremos um resultado significativamente diferente na cura do ser humano. Sabemos que com uma visão mais humanista é possível rejeitar a predominância do enfoque técnico e

biomédico. Além disso, o cuidado é essencial para a sobrevivência, para o desenvolvimento, para o crescimento humano, sendo também base da inter-relação educador-educando-enfermeiro-cliente.

Para que se consiga o desenvolvimento e o crescimento do educando, faz-se necessário utilizar o método da problematização. Assim, o eixo metodológico da proposta busca desenvolver no educando a capacidade de observar a realidade do ponto de vista global, perceber os recursos existentes, identificar, priorizar as situações-problemas, recorrer a teorização, formular hipóteses e solucionar as situações-problemas.

A solução de problemas implica na participação ativa, no diálogo constante entre educandos e educadores. A aprendizagem é concebida como a resposta natural do educando ao desafio de uma situação-problema. A aprendizagem torna-se uma pesquisa em que o educando passa de uma visão “ingênua” do problema a uma visão “analítica”, mediante a teorização, para chegar a uma “síntese” provisória, que equivale à compreensão. Desta apreensão, ampla e profunda da estrutura do problema e de suas conseqüências, nascem “hipóteses de solução”, que obrigam a uma seleção de soluções mais viáveis. A síntese tem continuidade na práxis, isto é, na atividade transformadora da realidade (Bordenave & Pereira, 1995). Assim, esta metodologia foi adotada como elemento nuclear das atividades dos acadêmicos de enfermagem.

Além dessas alterações, os objetivos, os conteúdos, a metodologia, os critérios de avaliação também sofreram modificações e ajustes, a fim de adaptá-los à realidade. Todas essas mudanças realizaram-se num processo de ampla discussão e reflexão, durante três meses. Isso ocorreu num trabalho coletivo, numa discussão aprofundada, numa relação dialética de trocas, de cooperação, de harmonia, enfim numa consolidação de intersubjetividade.

Após essa reestruturação, as etapas do Programa de Ensino receberam nomenclaturas próprias, a saber: Unidade Introdutória, Unidades, Propósitos, Aptidões, Horas Atividades, Seqüência de Atividades do Educando, Orientações para o Instrutor/Facilitador e Sistema de Avaliação. A seguir serão definidas essas etapas, tentando desse modo clarear o significado de cada uma delas e também mostrando sua utilização no programa.

A Unidade Introdutória, considerada eixo temático central do Programa, subsidiará todas as 12 Unidades (especificidades) e caracteriza-se por dois conceitos-chave: Ser Humano e Cuidado (Figura 2).

Definiu-se conceitos-chave como uma grande lista de assuntos que se inter-relacionam. Os assuntos terão uma vinculação muito estreita, organizando-se hierarquicamente como uma teia de conhecimentos, desde os mais abrangentes até os mais específicos. Toda essa cadeia de conhecimentos pode ser reduzida a uns poucos conceitos-chave a partir dos quais se abriria toda essa rede. Os conceitos-chave sistematizam a ação pedagógica de modo que o educando chegue a integrar seus conhecimentos e a compreender seus fundamentos últimos, evitando que fique reduzido à rotinização de técnicas ou à acumulação de informações soltas (Davini, 1994).

A finalidade prioritária da Unidade Introdutória centrou-se no âmbito das humanidades, a fim de ajudar o grupo envolvido no estudo e os 54 discentes a desenvolver uma compreensão das situações sociais e das ações humanas. Constituiu-se em: propósitos, aptidões, horas atividades, seqüência de atividades do educando, orientações para o instrutor/facilitador e sistema de avaliação (Anexo IX).

Nessa fase, chegou-se a conclusão de que para cuidarmos de uma pessoa, primeiramente precisamos nos conhecer como seres humanos e entender qual a posição que ocupamos no mundo em que vivemos para, a partir daí, considerar o outro como um ser humano e cuidá-lo de forma mais humanizada.

Assim, após várias reflexões e discussões sobre o Ser Humano, o grupo chegou a algumas concepções: o ser humano é único, indivisível, portanto um todo, merecedor de respeito, com direito e liberdade de escolha; e detentor de seus hábitos, sua história de vida.

Partindo dessa visão, achamos que o programa da disciplina deveria se iniciar com esses conceitos-chave, pois permitiriam ao educando desenvolver sobre si próprio o conhecimento, a avaliação, a valorização e o cuidado. Este desenvolvimento em múltiplas e variadas formas, permitiria compreender, estar, cuidar e modificar a prática real/atual com os outros e pelos outros. Não esperamos que o educando transforme o mundo, mas

que aprenda na prática a modificar alguma situação-problema da realidade enquanto transforma a si mesmo na formação acadêmica.

Além do referencial de Crossetti (1997, p. 14) que nos adverte sobre “um homem que apresenta em sua estrutura modos de ser dele no mundo, que se vistos e compreendidos como próprios da existência humana, permitirão ao ser cuidado e ao ser cuidante, cuidar e se cuidarem com mais alegria e menos sofrimento diante das situações de crise, como a doença”, utilizamos outros autores que colaboraram na construção do significado de Ser Humano, tais como: Japiassu (1976), Fazenda (1994), Polak (1997a) e Waldow (1999).

Com relação à Unidade Introdutória “Cuidado” foram destacados os conceitos-chave: cuidar/cuidado e cuidado humano. O grupo ao discutir sobre o significado de cuidar/cuidado, durante várias reuniões formais, chegou a seguinte conclusão: ele faz parte das nossas ações; devemos visualizar a pessoa, no momento do cuidado, como um todo. Cuidar/cuidado é relacionar-se consigo e com a outra pessoa; é respeitar os valores e as crenças das pessoas. E o cuidado humano é mais do que uma prestação de cuidados naquele momento, é sentir o que a pessoa está sentindo, é interagir, é ficar junto com a pessoa, é perceber e sentir o outro; é ter afeto e um laço de amizade com a pessoa; é dedicar-se; é sentir amor; é uma relação direta de humano com humano (estar envolvido).

Vários referenciais foram selecionados para estudarmos e descrevermos sobre o cuidar/cuidado e cuidado humano. Além dos autores citados no suporte teórico – Capítulo II, também foram utilizados os livros de Alfaro-Lefevre (2000); Iyer et al. (1993) e Collière (1989).

Os conteúdos da Disciplina, considerando as características diferenciais de cada Unidade Temática, foram agrupados em Unidades, tendo cada Unidade um conceito-chave. As Unidades Programáticas completam a rede de conceitos que estruturam toda uma área de desempenho técnico, científico-profissional (Davini, 1994). Obteve-se um total de 12 Unidades, constando em cada uma, os seguintes conceitos-chave: Aspectos Históricos e Éticos-Legais do Ser Humano; Cuidador Profissional Enfermeiro; Caracterização do Meio Ambiente; Cuidados de Enfermagem a Clientes no Peri-Operatório; Cuidados de Enfermagem a Clientes com Alterações Respiratórias,

Cardiovasculares, Neurovasculares, Endócrinas, Gastro-Intestinais, Renais e Urinárias; Cuidados de Enfermagem em Situações Limitantes e Emergenciais.

Estas Unidades estão em sintonia com a realidade das Instituições Hospitalares e de Ensino citados nas primeiras reuniões formais e podem ser melhor visualizadas na figura 2.

É importante salientar que além das técnicas de enfermagem (procedimentos terapêuticos), dos aspectos biológicos (clínica patológica e diagnóstica), enfatizou-se em cada uma das Unidades os aspectos psicológicos, espirituais, sociais, culturais, históricos, econômicos, que relacionados com as alterações de saúde, permitem ver, interrogar e compreender o nosso cotidiano. A decisão de trabalhar com todas as dimensões humanas reitera a compreensão do cuidado como uma ação humana, que prioriza a pessoa, o meio ambiente e não somente procedimentos, patologias e diagnósticos.

A partir da Unidade Introdutória e das outras Unidades foram definidas as aptidões. No programa anterior a essa proposta, a aptidão tinha o título de objetivo. Isso ocorreu porque a PUCPR, como já descrito no capítulo II, está reformulando os projetos pedagógicos de cada curso. Uma dessas mudanças envolveu o ensinar.

O texto “Diretrizes internas para a implantação dos projetos pedagógicos da PUCPR para o ano de 2000”, elaborado pelos autores Botomé et al. (1999), fornece informações e orienta os professores da PUCPR sobre o trabalho de ensino, definido pela expressão “produzir aptidões” (capacitar a) nas pessoas que forem alvo desse tipo de trabalho. Quando é usada no sentido de referir-se ao que o aluno precisa aprender a fazer a partir do que vai ser feito ou fornecido pelos professores, a palavra aptidão tem um sentido de capacidade de fazer algo diante das situações com as quais os alunos vão se defrontar como profissionais, pessoas ou cidadãos.

Concluimos que o objeto de aprendizagem (e portanto, alvo do trabalho de ensino) são as aptidões a serem desenvolvidas nos alunos no sentido de torná-los capazes (aptos) para atuarem como profissionais, de forma autônoma, crítica, criativa, eficaz, responsável e abrangente, portanto capazes de transformar as situações com as quais se defrontarão na sociedade. O professor programa a aprendizagem para auxiliar os alunos a aprenderem – desenvolverem aptidões – aptos a interagir com o seu meio, de forma a transformá-lo de uma maneira significativa para si e para a sociedade (Botomé, et al., 1999).

Dessa forma, para a Unidade Introdutória e as Unidades, foram relacionadas aptidões que foram desenvolvidas no sentido de tornar os discentes capazes de atuar como futuros profissionais na comunidade, ou seja transformarem a realidade onde vivem/convivem/atuam.

Além dessas fases, a proposta adotou uma metodologia que considera o aluno como sujeito e o educador como instrutor/facilitador do processo educativo. Nesse método de ensino, procurou-se explicitar as seqüências de atividades do educando e orientações para o instrutor/facilitador. Podemos afirmar que o papel do instrutor/facilitador é organizar sistematicamente uma série gradual e encadeada de situações para o desenvolvimento do processo de aprendizagem. Esse partirá da própria percepção que o educando tenha dos conceitos-chave e de sua própria prática. Por meio da observação e da reflexão, o instrutor/facilitador apresentará problemas e atividades-estímulos, previamente, planejados para desencadear a busca sistemática de respostas que, a medida que sejam alcançadas, deverão sempre ser submetidas ao teste da prática numa seqüência não interrompida de reflexão e ação de prática-teoria-prática (Davini, 1994).

Desse princípio planejamos, preliminarmente a partir dos conceitos-chave, as situações-problemas e as atividades-estímulos, em seguida, estruturamos as atividades de cada sujeito (educador e educando) do processo em quadros (Anexo IX). O educador, nesse processo, agiria como um agente animador, enquanto o educando como um construtor do seu próprio conhecimento.

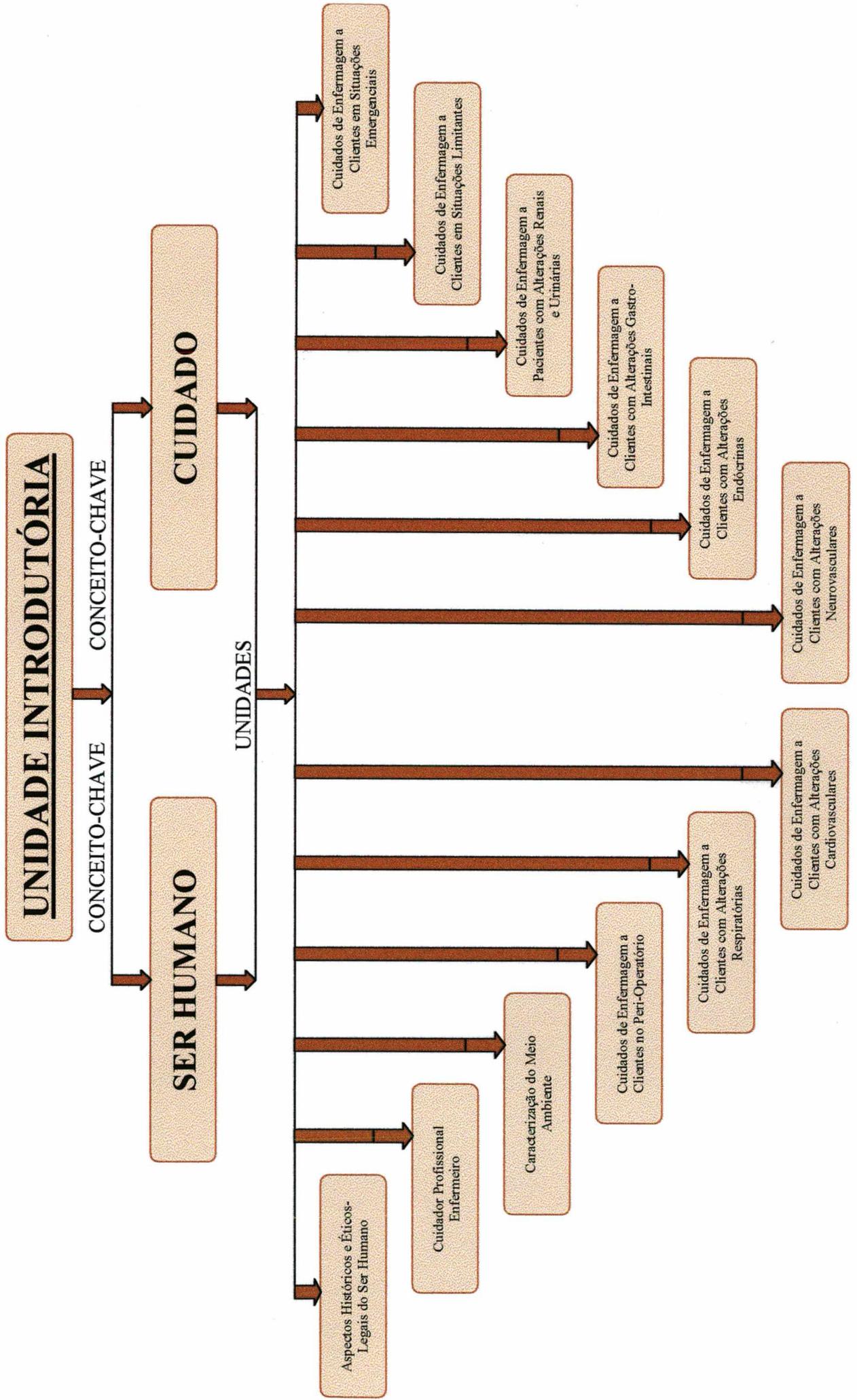
Considerando, ainda, o tipo de proposta, fez-se necessário elaborar um sistema de avaliação. Assim, decidimos que o processo de avaliação se inicia com o acompanhamento sistemático da evolução do educando na construção do seu conhecimento. O educador corrige, reforça ou cria outras experiências pedagógicas apropriadas e necessárias para apoiar o processo de aprendizagem.

Davini (1994) frisa que a avaliação requer um processo de aproximações sucessivas e cada vez mais amplas e integradas, de modo que o educando a partir da reflexão sobre suas experiências e percepções iniciais, observa, reelabora e sistematiza seu conhecimento acerca do objeto em estudo.

Diante dessas considerações o sistema de avaliação é processual. Durante esse processo, o educador observa: interpretação de idéias e fixação das idéias lidas; elaboração do pensamento crítico e reflexivo expresso pela emissão de idéias; participação em sala de aula e nos estágios; acréscimo de leituras realizadas; produção de textos e trabalhos intra-classe e extra-classe (em pequenos grupos ou individuais); produção de conceitos e significados; respostas a prova escrita. Pode-se utilizar para avaliar o educando: textos, filmes, estudos de casos realizados pelos docentes ou discentes, periódicos/revistas, slides, CD rom, jornais e outros instrumentos.

Maiores detalhes sobre a proposta vide anexo IX, no qual constam os conceitos-chave, os propósitos, as aptidões, a metodologia (seqüência de atividades do educando e orientações para o instrutor/facilitador) e sistema de avaliação.

FIGURA 2: Programa da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II.



5.2. IMPLANTANDO E IMPLEMENTANDO A PROPOSTA

A proposta pedagógica foi implantada e implementada a partir de 25 de fevereiro de 2000, quando o grupo apresentou, refletiu e examinou com os 54 discentes do 3º Ano do Curso, a unidade introdutória, as unidades, os conceitos-chave, as aptidões, as atividades que serão desenvolvidas e o sistema de avaliação. Entre tantas, destacam-se as seguintes falas:

Já tivemos experiência parecida no ano anterior e foi muito boa (Discente).

Estamos esperançosos. tomara que a qualidade do ensino melhore com essa integração que vocês estão propondo (Discente).

Embora a participação não tenha sido tão entusiasta, percebeu-se que os educandos estavam curiosos e com expectativas em relação ao que estava sendo proposto. Após a exposição da proposta, começamos a operacionalizá-la, tanto nas aulas teóricas quanto nos estágios supervisionados.

Nas aulas teóricas, baseado nos conceitos-chave propostos, os educandos identificaram as situações-problemas nos estudos de casos, nos filmes e nos textos. A seguir selecionaram os problemas prioritários, buscaram o suporte teórico e apresentaram as soluções/resultados para os problemas identificados.

Nos estágios supervisionados, os educandos observaram a realidade concreta a que se associa a disciplina, identificaram as situações-problemas, buscaram informações em diversas fontes teóricas, respondendo as perguntas propostas ou as situações-problemas detectadas. A busca teórica auxiliou o educando a propor soluções originais e criativas para as situações detectadas, adaptando, encontrando e aplicando na prática uma resposta para os problemas reconhecidos importantes.

Assim, o educando e o educador desempenharam, nas aulas teóricas e nos estágios supervisionados, um papel ativo no processo ensino-aprendizagem, pois observaram, participaram, expuseram idéias. Revisaram, aperfeiçoaram, rescreveram, compararam,

agruparam e categorizaram os conceitos. Leram, refletiram, analisaram e debateram sobre os textos fornecidos. Assistiram, analisaram e discutiram assuntos relacionados aos filmes. Conheceram, conversaram, entrevistaram e cuidaram dos clientes/seres cuidados, o que é melhor visualizado no anexo IX. Chegou-se a esse conhecimento partilhado, pois o educador entendeu o educando e seu ponto de vista, aumentou o poder de participação e decisão do educando, ajudou-o na construção do conhecimento. Para tanto, os educandos tiveram espaço para expressar o que sabiam, pensavam, sentiam, a respeito dos conceitos-chave.

Durante esse período foi solicitado aos discentes que fizessem uma avaliação por escrito da proposta, o que ocorreu no dia 17 de março de 2000. Essa avaliação permitiu observar a evolução tanto do educador e do educando quanto da proposta de integração de conteúdos. Sabe-se que a avaliação não se volta apenas para a competência do educando, mas também para a competência do educador e da proposta pedagógica. Dessa forma, a avaliação foi um processo participativo, da responsabilidade dos docentes e dos 54 discentes, o que garantiu a renovação da prática pedagógica. Diante disso, obtivemos informações importantes, das quais destacamos:

O assunto é essencial, muito interessante e não é monótono (Discente).

O ensino está bom, pois está abordando o lado sentimental, avaliando o que é ser humano, o que é cuidar em todos os seus aspectos (Discente).

Os assuntos trabalhados em sala de aula estão despertando uma nova visão em todos nós, que vão com certeza nos ajudar em nossos estágios e futuramente quando estivermos trabalhando. Nós que vamos nos formar no ano que vem, vamos sair privilegiados por sair da universidade com uma visão de cuidar, de trabalhar em grupo, em fim, uma visão holística (Discente).

Além dos aspectos positivos, os discentes também apresentaram algumas sugestões referentes a metodologia utilizada, conforme os relatos abaixo:

O assunto está repetitivo. O cuidado em si vai depender da essência de cada pessoa. Cada pessoa carrega consigo a maneira de cuidado. O nome da matéria é clínica cirúrgica, não que o cuidado não esteja embutido na disciplina, mas queremos técnicas e patologias (Discente).

Confesso que fiquei desapontada, pois esperava que falássemos mais sobre cirurgias e centro- cirúrgico. Eu sei que o lado pessoal do paciente é importante mas a prática para lidar com ele também é (Discente).

Frente a esses depoimentos, constatou-se que os discentes estão mais preocupados com a aquisição de conhecimentos técnicos-científicos do que com o cuidado em si. Eles estão preocupados em desempenhar tarefas com agilidade e perfeição, sem dar-se conta do quão importante é vivenciar o momento de relação no ato de cuidar.

Estando ciente desses fatos, foi necessário buscar respostas aos problemas detectados. Assim, os docentes e a animadora, no dia seguinte, dia 18 de março de 2000, apresentaram os resultados obtidos para os educandos.

Um dos primeiros comentários dos educadores, foi justificar que as técnicas, os procedimentos, as patologias e as tecnologias são importantes para o profissional de enfermagem, mas não são essenciais. Ao experimentar esse processo pode-se inferir ser necessário aliar a sensibilidade, a espiritualidade, a criatividade, a ética, a estética, ao mundo instrumental da área da saúde, contribuindo assim para o despertar, o vivenciar de um mundo axiológico locus das ações do cuidar.

A seguir discutiu-se sobre os dados levantados e foram feitos alguns acordos, tais como: iniciar os conteúdos específicos da disciplina mais cedo; focar em poucos dias os conceitos-chave Ser Humano e Cuidado; manter os docentes integrados; a metodologia e o sistema de avaliação podem continuar da mesma forma; realizar as tarefas presenciais em sala de aula ou extra-classe; manter respeito entre as pessoas; valorizar as idéias dos educadores e dos educandos; respeitar os horários das aulas, evitando sair durante a discussão dos conteúdos; manter celulares desligados; evitar jogar lixo no chão; e outros menos importantes.

Após esse dia, reformulamos a proposta pedagógica conforme os acordos mencionados acima, e no dia 08 de abril aplicamos a prova escrita (Anexo IX), utilizando

como método problematizador um filme. Nesse dia o educando teve a oportunidade de refletir, analisar, descrever e criticar todas as idéias discutidas e os conceitos vistos e estudados até esse momento.

Percebemos após correção conjunta da avaliação escrita, que os educandos evoluíram no seu aprendizado. Isso foi detectado nas respostas dos discentes referente a Questão 2 (a) “O protagonista foi considerado como um Ser Humano no filme? Justifique sua resposta” e a Questão 2 (b) “Como você classifica o cuidado desenvolvido por Hilary (Julia Roberts) ao cliente/ser cuidado? Justifique sua resposta” (Anexo IX). No tocante a primeira questão, algumas respostas foram muito expressivas, conforme as descrições abaixo.

Ao assistir o filme tivemos duas visões. No começo o protagonista era tratado somente na doença e não como um ser humano, tanto pelo pai como pelos funcionários da casa. O pai foi viajar para o Japão e deixou o filho só com a “suposta enfermeira”, esperando que ela desse conta de tudo. Ao longo do filme foi nos mostrado outra visão: depois que Hilary começou a cuidar de Victor, ela não somente cuidou da doença, pois ela mal sabia as características e as conseqüências da doença, cuidou “quase” que como um todo. O “quase” seria pela falta de embasamento científico, mas isso não justifica, pois ela teve uma visão do todo, cuidando e mudando a vida de Victor, lhe dando o que ele mais precisava atenção, carinho, afeto, etc. Trocou hábitos alimentares, divertiu-o (Discente).

O protagonista foi considerado com ser humano em todo o decorrer do filme pela Hilary, pois essa o via como um todo, como uma pessoa que tem sentimentos, emoções, carência afetiva, etc. E se via isso através dos cuidados que ela prestava. Já pelo pai, o protagonista não foi tratado de uma forma humana, holística, pois ele preocupava-se muito só com o tratamento e a cura da doença, importando-se só com o melhora biológica e não com os sentimentos e as emoções do filho, estando grande parte do tempo ausente (Discente).

Com relação a segunda questão, os discentes foram capazes de distinguir os significados de cuidar/cuidado, conforme registrados em algumas respostas.

O cuidado desenvolvido por Hilary foi o cuidado humano. Não tinha experiência ou habilidade profissional. O cuidado apresentado foi baseado no amor, na empatia, na afetividade, no carinho, na compreensão, no respeito, na dedicação para o cliente/ser cuidado. Houve ajuda, interação, envolvimento emocional e vínculo de confiança. Conseguiu amenizar o sofrimento do cliente, mesmo não sendo enfermeira. Possuía

dentro de si o “dom” de saber cuidar, de escutar, entender, perceber e auxiliar (Discente).

Hilary não era uma enfermeira, desconhecia o cuidado profissional, mas em contrapartida ela realizava um cuidado que é de extrema importância ao ser humano, o cuidado humano. O cuidado humano nasce a partir da nossa criação, vai além das técnicas, envolve o afeto, o carinho, a dedicação, o amor pelo ser cuidado. Aprendeu com ele como deveria cuidá-lo (Discente).

Não foi um cuidado profissional e sim um cuidado humano. Ela não tinha embasamento científico, não tinha formação profissional. Decidiu cuidar com carinho, dedicação, preocupação e interesse. Ajudou-o a elevar sua auto-estima. Uma das maiores provas do cuidado humano, foi que no final do filme Hilary disse: “Quando você morrer eu estarei do seu lado segurando a sua mão” (Discente).

Talvez seja precipitado afirmar que houve evolução no aprendizado do educando, pois os dados coletados até agora não foram muito significativos para que se possa ter uma visão do real sobre a transformação do educando e do seu meio. O relato a seguir demonstra isso.

A avaliação irá determinar o perfil de como o aluno se encontra nesse momento. Não é uma avaliação de quanto o aluno aprendeu, mas é um processo contínuo e permanente, uma seqüência de atuações, de atividades. Após um longo período que pode-se ter um resultado mais fidedigno (D3).

Entretanto, ousou fazer uma avaliação prévia de todo o processo ensino-aprendizagem no período da implantação e implementação. Percebi que os alunos conheceram, compreenderam, distinguiram, relacionaram, adaptaram e aplicaram/desenvolveram na prática os cuidados de enfermagem. Isso foi detectado na oitava reunião formal quando o grupo envolvido declarou.

Os discentes participaram de todo o processo, eles relataram suas experiências. Eles criaram o seu referencial, os seus conceitos. O importante é que eles cresceram, entenderam, conseguiram chegar lá, se transformaram. Por isso acho que todos merecem dez (D4).

Os alunos estavam dando depoimentos da mudança de suas visões. Eu fiquei feliz quando o discente se manifestou daquele jeito humano. Ele teve um crescimento (D1).

Não pensei que eles fossem render tanto assim, fiquei surpresa. Fiquei muito contente ao ver o resultado de hoje. Fizeram a relação com a prática, que foi uma vitória (D4).

Esses resultados foram alcançados, porque o educando foi estimulado a ler, a construir textos e sobretudo a pesquisar. Os educadores e os educandos buscaram na bibliografia atualizada elementos para discussão e reflexão; coletaram dados para a pesquisa, os quais compreendiam-se como fenômenos pertencentes aos domínios do Ser Humano e do Cuidado.

O educador e o educando aprenderam à medida que vivenciaram a experiência da descoberta da realidade do cuidar por meio do rastreamento, da investigação e da pesquisa, associando o conhecimento novo ao já incorporado. Eles fizeram uma leitura da realidade, questionaram sobre a realidade, eles problematizaram.

Para problematizar se faz necessário a dialogicidade, pois é característica marcante da concepção problematizadora. O diálogo é uma relação horizontal, nutre-se de amor, de humildade, de esperança, de fé nos homens e de confiança (Freire, 1987). Para por em prática o diálogo, o educador não pode colocar-se na posição ingênua porque ele parte do princípio de que sabe tudo, mas deve, antes, colocar-se na posição de que sabe que não sabe tudo. Decorrente daí que a relação educador e educando é horizontal (Freire, 1993).

Segundo Lück (1995), esse diálogo é caracterizado por atividades mentais como refletir, reconhecer, situar, problematizar, verificar, refutar, especular, relacionar, relativizar, historicizar. Ele ocorre na interface entre uma e outra, e entre elas e o quadro referencial do indivíduo cognoscente, de modo que, por rotatividade, constrói um saber consciente e globalizador da realidade.

Nesse sentido, o educador se construiu junto com o educando, no qual ambos caminharam juntos, comprometidos com a realidade, tendo como base o processo dialógico. Para tanto, o papel do educador foi o de despertar, provocar, questionar e questionar-se, vivenciar as dificuldades dos educandos, acompanhar o educando, onde

ambos viveram a comunicação educacional como uma intersubjetividade, atitude esta que possibilitou a troca contínua de experiências.

Essa troca de experiências contribui para melhorar a observação, percepção e compreensão da realidade, mediante o diálogo entre o educador e o educando de maneira compartilhada e interativa, numa aprendizagem mútua e contínua que facilitou os enfrentamentos profissionais e o cuidado humanizado.

Reforço que o processo ensino-aprendizagem deve encorajar ao educador e ao educando a reflexão, a crítica, a comunicação, a parceria, a inovação, a transformação do vivido/experenciado, buscando alcançar a excelência do cuidado ao ser humano. A partir disso, a prática de aprendizagem apropriada proporcionou ao educando cuidar de si e do outro. Os depoimentos abaixo revelam essa aprendizagem.

Todo esse processo vivenciado até agora proporcionou gostar de mim, cuidar de mim e do outro, dando espaço para mim e conhecendo-me melhor (Discente).

Nós não seremos mais as mesmas depois de ter lhe conhecido professora. Você nos educou para sermos enfermeiras humanas, cuidando dos humanos (Grupo de discentes do campo prático).

Enquanto o educando está conhecendo novas realidades que lhe mobilizam experiências já vivenciadas, descobre aptidões (apto, capaz), e estas vão se inserindo no processo de cuidar. Cuidar na educação em enfermagem significa presença, troca, relação, intuição, sensibilidade, amor, aceitação, comunicação e outras atitudes comportamentais entre educador/educando/enfermeiro junto com o cliente/ser cuidado. Enquanto o educando vivência, estuda e desenvolve sua prática de aprendizagem, constrói seu próprio conhecimento sobre o cuidado humano, aprende a criar seu futuro saber/fazer profissional.

5.3. AVALIANDO O PROCESSO DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Considerando que esse estudo teve como objetivo nuclear a construção da proposta de integração de conteúdos e mantendo a coerência com o eixo filosófico norteador do estudo qual seja o “ensinar/cuidar”, neste subtítulo é avaliado a experiência/vivência da integração de conteúdos, cujo processo ocorreu a partir de uma ação coletiva, fundamentada nos relatos do grupo, no referencial teórico e na análise e interpretação que fiz, enquanto investigadora.

No primeiro encontro, ocorrido em 31 de janeiro de 2000, tendo como local a biblioteca da PUCPR, quando foram feitas as apresentações, cada sujeito falou um pouco de si, o que foi importante para o início do inter-relacionamento. Aqui efetivamente se iniciava a integração do grupo, com a aproximação dos atores envolvidos, com o auto-conhecimento e o conhecimento mútuo.

Após essa aproximação, foi entregue ao grupo o projeto da Dissertação, com a finalidade de expor a proposta de integração, cuja apreciação e discussão, ocorreriam no próximo encontro. Isso permitiu interá-los do que se pretendia e também contar com a participação de todos, atendendo aos princípios éticos já registrados na página 62.

Acredito que a integração/interdisciplinaridade por se tratar de atitude e percepção, de conduta e concepção de vida, deva ser desejada pelos atores envolvidos. Dessa forma, a participação dos sujeitos na construção da proposta de integração de conteúdos não se fez por decreto, mas por vontade de aprender e de como desenvolvê-la na prática pedagógica.

Dando continuidade, nos primeiros momentos desse encontro, os comentários, as dúvidas, as incertezas, as inseguranças, os anseios e os medos de todo o grupo, foram emergindo. Perguntavam curiosos como iria se desenvolver essa integração, pois essa atividade é quase impossível de ser planejada ou mesmo de ser aplicada em nossa realidade. Quanto mais tempo se passava, mais as ansiedades surgiam, mais os sentimentos de angústia afloravam ante a suposta impossibilidade de se integrar os conteúdos. Alguns depoimentos, anotados a seguir, ilustram bem esses sentimentos.

Fico meio angustiada, meio perdida, eu tenho medo. Acho que esse primeiro momento não pode ser tão profundo, porque a gente não tem preparo para isto (D2).

Não podemos fazer uma mudança radical em um projeto que está só começando (D1).

Nós temos que utilizar o que já temos e fazer uma adaptação, pois tenho medo de me perder com uma mudança muito grande (D4).

Frente ao primeiro relato, é importante salientar o que caracteriza a atitude interdisciplinar para Fazenda (1991, p. 18), “é a ousadia da busca, da pesquisa, é a transformação da insegurança num exercício do pensar, num construir. A solidão dessa insegurança individual que vinca o pensar interdisciplinar, pode se transmutar na troca, no diálogo, no aceitar o pensamento do outro. Exige a passagem da subjetividade para a intersubjetividade.” Assim, ela implica na relação intersubjetiva, a qual possibilita a efetivação concreta do trabalho em comum, da comunicação interpessoal dos sentidos significativos.

Quanto aos dois últimos depoimentos, os atores deveriam aprender a mudar o modo de pensar e a metodologia que até então usavam, pois somente com essa atitude eles conseguiriam abandonar a rigidez e a fixação epistemológica de mundos absolutos.

Os atores deveriam ser capazes de entender, que com a experiência prática já obtida anteriormente e modificada sucessivas vezes, as construções elaboradas a partir da teoria e das aplicações metodológicas são finitas, portanto podendo ser superadas e transformadas, desde que através de uma integração de conteúdos mais adequada.

Essa afirmação demonstra que para realizarmos a integração de conteúdos, devemos adotar uma metodologia interdisciplinar, pois irá exigir de nós (docentes, discentes e enfermeiras) uma reflexão mais profunda e inovadora, essencialmente sobre o conceito de ciência e de filosofia, obrigando-nos a abandonar as nossas posições tradicionais, as situações adquiridas e a encarar perspectivas e caminhos novos. Ademais, exigirá que nós reformulemos nossas estruturas mentais, que desaprendamos muita coisa, que desconfiemos das cabeças bem “arrumadas”, pois em geral, são na verdade bastante “desarrumadas”, tendo necessidade de nova “rearrumação” (Japiassu, 1976).

Nesse sentido, não tive a preocupação de esgotar esses sentimentos de insegurança naquele momento, porque para diminuí-los seriam necessários muitos encontros. Seria essencial que nesse caminhar, vivenciássemos trocas e angústias, que a relação fosse profícua, com diálogo e muita participação, contribuindo desta forma o engajamento pessoal de cada ator com o grupo para amenizar e mudar comportamentos.

Tinha certeza que se todos os atores estivessem engajados neste trabalho eles seriam não os aprendizes, mas na medida em que se familiarizassem com o processo de integração, seriam os criadores de novas estruturas, novos conteúdos e novos métodos, assim eles seriam os motores de transformação do Programa da Disciplina em questão.

Nesse processo de desnudamento de ansiedades ou mesmo na busca de uma compreensão mútua, expus ao grupo as expectativas em relação ao trabalho participativo e citei vários exemplos, orientada pelo suporte teórico – Capítulo II, de como poderíamos integrar os conteúdos. Esses exemplos não foram impostos, ao contrário, tiveram como finalidade esclarecer ou facilitar a compreensão do que se pretendia, diminuindo assim, as ansiedades apresentadas.

Durante todo o momento do nosso encontro, tentei demonstrar tranquilidade, não iludindo o grupo, mas incentivando-o e dizendo que se tentássemos e tivéssemos vontade de mudar, renovar e transformar a prática pedagógica da nossa Disciplina, iríamos realmente conseguir construir e aplicar a proposta de integração de conteúdos. Comentei da certeza de que quando descrita esta proposta de integração, seria muito mais fácil aplicá-la e desenvolvê-la na prática educacional. Teríamos na verdade só que começar para ver surgirem os resultados. Tentando se consegue muitas coisas, dar o primeiro passo certamente nos coloca mais perto do destino.

Esse pensamento nos lembrou Capalbo (1993/1994), quando este frisou que a integração/interdisciplinaridade envolve uma atitude que precisa ser vivida, uma atitude de abertura, acolhimento, trabalho em equipe, co-produção e diálogo. Ela é vivida na prática antes de ser um conceito puramente teórico. Fazenda (1992) e Japiassu (1976) corroboram, quando frisam que a integração/interdisciplinaridade é algo que se vive, que se exerce, mediante trocas recíprocas entre os atores, em permuta de experiência; ela é fruto de um treinamento contínuo.

Por fim, disse-lhes que tinha como certo que se nos mantivéssemos unidos nessa batalha, refletindo, discutindo e construindo a proposta, interados no problema, atingiríamos a integração. Mas, isso só seria possível se juntássemos as nossas forças, se incentivássemos uns aos outros, se aprendêssemos sobre relacionamento e sobre dar as mãos. Pois para a construção da proposta de integração de conteúdos, precisaríamos primeiramente aprender a desenvolver uma relação entre os pares de modo mais horizontal e recíproco; manter contínua e permanente comunicação entre o grupo, compartilhando presenças e saberes; enfim compreendendo o que seria ser e estar com o outro, de forma flexível, pura, intuitiva e autêntica.

Pontuei-lhes ainda naquele momento que o difícil não seria a construção da proposta, e sim, o tempo que o grupo teria disponível para planejar a proposta. Nessa hora surgiram diferentes conversas. Deixei livre esse momento para que todos se conhecessem melhor, tendo havido abertura e troca de experiências entre os sujeitos. Nas outras reuniões, isso também ocorria. Algumas vezes tive que redirecionar o grupo ao foco do estudo. Essa atitude foi necessária porque tínhamos pouco tempo para planejarmos a primeira parte da integração, pois as aulas iriam começar no dia 25 de fevereiro.

No final da manhã, após todas as reflexões e discussões feitas, sem percebermos, já estávamos conscientes da necessidade de mudar o que vinha sendo utilizado e desenvolvido na disciplina. Para mudar foi preciso que cada ator compreendesse a importância desse trabalho, que estivesse envolvido e comprometido com ele e acima de tudo, que estivesse disponível para a troca de experiência, de estratégias e para o diálogo com o grupo. Foi possível identificar tal fato no grupo pelo que foi expresso:

Tendo um vínculo de confiança, de interesse, de cumplicidade, de relação entre nós e com o pretendido, acho que conseguiremos construir essa proposta de integração de conteúdos (D1).

Alguns atores participantes da prática assistencial, do ano anterior, ao final desse encontro, alegaram:

Sentimos a necessidade de integrar os conteúdos desde o ano passado, mas sabemos que isso só é possível se esse trabalho for associado à vontade e à coragem de construir, de participar, de enfrentar, de buscar subsídios para fortalecermos uns aos outros diante dessa ousadia que se pretende (D2, D4).

Essa vivência relatada demonstra que integração é fundamentalmente uma atitude de espírito, feita de curiosidade, de abertura, de busca, de sentido da descoberta, de aventura, de desejo, de enriquecimento com novos enfoques, de gosto pelas combinações de perspectivas, de convicção, levando ao desejo de superar os caminhos já batidos e de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam à observação comum (Fazenda, 1992; Japiassu, 1976).

Isto tudo nos levou à conclusão de que havia a necessidade de que o nosso trabalho na estruturação da disciplina fosse conjunto, de que houvesse coesão entre os diversos saberes, de que somássemos os esforços para que, ao redefinirmos a disciplina, construíssemos a proposta de integração de conteúdos. Foi nesse contexto que a integração se inseriu como uma possibilidade real de provocar a ruptura das fronteiras das Unidades Temáticas da Disciplina, trazendo assim a unicidade das diversas áreas do conhecimento, no sentido de ser oferecido ao educando a visão do todo. Nessa hora, o grupo indagou:

Como será feito isso? Quais serão as estratégias utilizadas para desenvolvermos isso? (D1, D2, D3, D4, A1, A2, E1, E2).

Esse relato demonstrou a mudança de atitude no sentido de alterar os hábitos já estabelecidos na compreensão do conhecimento. Para tanto, foi sugerido pelo grupo que a animadora apresentasse no próximo encontro um esboço de como poderíamos integrar todos os conteúdos das Unidades Temáticas da Disciplina. Respondi ao grupo que também não sabia como fazer essa integração e isso me preocupava. Contudo, me recordando do suporte teórico, descrito no Capítulo II, comentei que a integração somente ocorreria quando do início da efetiva aproximação, do relacionamento que fôssemos capazes de criar e da profundidade do nosso estudo, enfim de todas as trocas entre os envolvidos.

De qualquer forma, entendi que a integração do grupo e dos conteúdos não seria prejudicada, caso fosse apresentado um esboço preliminar do que se pretendia, uma vez

que este seria discutido, avaliado, modificado e certamente incrementado com as diversas colaborações e saberes de cada um dos atores. Ademais, havia a certeza do envolvimento de todos com a questão e com a necessidade de absorção de mais informações e conhecimentos sobre a integração e a interdisciplinaridade.

No último instante da reunião, os atores ficaram inquietos com relação aos futuros encontros e disseram:

Já decidimos que construiremos juntos essa proposta, agora temos que trabalhar. Podemos marcar grande parte das reuniões para fevereiro porque estaremos em férias e também porque as aulas começarão dia 25 de fevereiro (D2).

Assim, combinamos que a próxima reunião aconteceria dia 16 de fevereiro. Todo esse espaço de tempo se fez necessário porque desde o dia 31 de janeiro até dia 06 de fevereiro a animadora preparou o esboço da proposta de integração de conteúdos, com justificativa, objetivos, conteúdos programáticos, metodologia, cronograma e sistema de avaliação.

Cabe esclarecer que enfrentei situações de aperto e aflição na elaboração da proposta de integração de conteúdos, porque frente a educação tradicional que recebi, direcionada para os aspectos biológicos e técnicos, encontrei muita dificuldade na hora de preparar a proposta educacional. As vezes não sabia como fazer ou mesmo para onde ir. Sentia que reunia o instrumental teórico necessário para a elaboração da proposta de integração, todavia, sentia que muito pouco sabia. Gostaria de ter tido mais tempo para estudar, para efetivamente ter me preparado melhor, além dos dois meses em que me detive na elaboração do referencial, dos quatro meses em que construí a proposta e ao mesmo tempo a implantei, implementei e avaliei.

Terminado esse período da elaboração do esboço da proposta, do dia 07 à 12 de fevereiro, os docentes envolvidos nesse estudo, foram convidados a participarem da Semana de Planejamento das Atividades Acadêmicas para o ano letivo de 2000 da PUCPR. Foi oferecido ao corpo docente, um curso de Capacitação Pedagógica – Pedagogia da Problematização, coordenado por professores do Curso de Graduação de Enfermagem. Esse, teve como objetivo fornecer ao professor subsídios direcionados a uma nova prática

docente para que o professor fosse capaz de perceber o aluno não mais como mero espectador, mas como agente ativo de transformação da realidade. Na oportunidade, novas técnicas e formas de se conceber e pensar o ensino foram apresentadas e discutidas. Esse programa teve em vista a construção, o aperfeiçoamento de uma nova maneira de se trabalhar e a mudança de mentalidade do professor, de uma visão fragmentada para uma visão totalizadora. Essa tentativa de aprimoramento e mudança de conduta, teve aspectos bastante positivos para a construção da proposta integrativa, os quais foram abordados durante a descrição da reunião do dia 16 de fevereiro.

Na seqüência desse curso, no dia 16 de fevereiro, reunimo-nos em uma das salas de aula da PUCPR. O primeiro comentário trazia resultados do curso acima mencionado:

Nós deveríamos trabalhar com a pedagogia da problematização e não simplesmente transmitir ou passar o conteúdo (D2).

Com relação a essa escolha da pedagogia da problematização outros atores acrescentaram e sugeriram:

Temos que mudar a metodologia de ensino, porque aquelas aulas teóricas do primeiro semestre do ano passado, onde só o professor falava e o aluno ouvia era um absurdo. O que era aquilo? (D4).

Nós poderíamos dar continuidade àquelas experiências que foram elaboradas no ano passado com os estudos de casos, que começaram a partir do 2º semestre. Os alunos iniciaram o ano muito ruins e tiveram pouca mudança no seu aprendizado até o término do 1º semestre. Mas, até o final do ano com o desenvolvimento daquela experiência, o aluno teve uma outra visão (D2).

Acho que o segundo momento do ano passado foi muito proveitoso para nós. Realizamos os estudos de casos a partir da realidade. Podemos partir de um tema ou conceito-chave, identificando-o no campo prático, relacionando-o com os princípios científicos e apresentando-o na sala de aula para os colegas e ao final seriam discutidos e acrescentados alguns aspectos (A1).

Após esses relatos todos ficaram em silêncio, pensando, refletindo, falando baixinho. De repente, ouviu-se os seguintes depoimentos:

Há! É muito fácil falar vamos trabalhar diferente! Mas a carga horária não é flexível, os horários são aqueles e acabou. A turma tem 60 alunos, como iremos trabalhar com essa nova metodologia (D1).

Deve haver tempo. É muito difícil fazer uma integração sem isso Nós não podemos exceder a nossa carga horária, não ganhamos para isso (D2).

O primeiro ponto a comentar, diz respeito à quantidade elevada de alunos em sala de aula, o que dificultou de certa maneira a implantação e implementação da proposta, eis que se trabalhou com o método de problematização, a qual exige um acompanhamento muito próximo junto aos acadêmicos de enfermagem.

Por outro lado, a carga horária e as responsabilidades profissionais que cada um dos docentes partícipes da proposta, tinha que cumprir junto a PUCPR, talvez tenha sido um fator impeditivo para que se obtivesse um avanço mais substantivo, principalmente no tocante à participação de cada um e as conseqüências positivas que isto, certamente, poderia trazer para a comunidade acadêmica.

Outro aspecto a ser considerado, o que ficou bem claro no último relato, foi o fator econômico-financeiro. A motivação para esse trabalho de integração e/ou interdisciplinar, sem remuneração adequada é, em geral, muito pouco duradoura. A integração só se efetuará quando a Instituição se conscientizar de seu valor real.

Diante do que se apresentava, o grupo sugeriu que fosse primeiramente discutido o projeto da Dissertação para num outro tempo reavaliar a questão sobre a carga horária. Foram esclarecidas as dúvidas e também comentadas algumas questões para que pudéssemos optar ou escolher alguns aspectos que deveriam ser considerados no início da nossa proposta, a saber: considerar a formação integral do ser humano e considerar o aluno como um ser global, merecedor de uma educação integral. Concordamos portanto, que o cuidado humano deveria ser enfatizado na disciplina. Ao final, discutimos sobre alguns aspectos, descritos no projeto, que serviram para refletir sobre a nossa prática pedagógica e também para conhecer um pouco sobre os significados dos vocábulos integrar e interdisciplinar.

Nesse encontro, foram entregues as cópias do esboço da proposta ao grupo. Primeiramente, lemos o esboço como um todo, num segundo momento refletimos, interpretamos, modificamos e acrescentamos vários aspectos, tais como: expressão da insegurança e paradoxalmente da confiança na proposta; exclusão da Unidade Temática Enfermagem em Doenças Transmissíveis em virtude da mesma não possuir carga horária teórica, tendo apenas 15 horas de estágio supervisionado por ano, além do que, esta unidade estará sendo abordada no primeiro ou segundo ano, no currículo novo; foi reiterada a necessidade de se reconhecer e aceitar as diferenças dos educandos, bem como de se individualizar a necessidade que os alunos tem sobre o assunto. Foi também reconhecido o valor do método de problematização, mediante a utilização de estudos de casos nas aulas teóricas e nos estágios supervisionados, conforme pudemos ver a partir dos relatos anotados abaixo:

Como iremos fazer tantos estudos de casos? (D2).

Não conseguiremos fazer isso porque temos pouco tempo (D1).

Acho que se elaborarmos alguns estudos para o início das aulas já está bom, pois não precisamos elaborar tudo e todos agora, mas com o passar do tempo utilizaremos com ajuda dos discentes os seus estudos de casos realizados nos estágios supervisionados (D4).

Com relação aos estudos de casos, os quais permitem detectar situações-problemas da realidade e propor soluções já tínhamos visto nas Disciplinas de Saúde Coletiva e na Epidemiologia (A1).

Vocês pegaram os clientes epidemiologicamente relevantes na comunidade (D1).

Então porque não podemos trabalhar com os aspectos relevantes da área hospitalar e de ensino, porque são nesses locais que iremos desenvolver os nossos estágios. Podemos elaborar os estudos de casos a partir dessa realidade (D2).

Após esses depoimentos, foram relacionadas as instituições hospitalares e de ensino, onde os docentes realizam seus estágios. As Unidades Temáticas Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em Centro Cirúrgico são desenvolvidas no Hospital Universitário Cajuru (HUC); a Unidade Temática Enfermagem Clínica na Irmandade Santa Casa de Misericórdia; a Unidade Temática Primeiros Socorros no Laboratório de Enfermagem da PUCPR; e a Unidade Temática Saúde Ocupacional no HUC, na PUCPR e na Fazenda Galha Azul da PUCPR.

Percebe-se com esses relatos citados, que a primeira preocupação é valorizar, conhecer e estudar as peculiaridades de cada campo de estágio com o qual iremos trabalhar, para a partir daí definirmos as estratégias em conjunto. Desta forma, detecta-se que não é possível ensinar sem aprender; não é possível ensinar sem conhecer a realidade da saúde, principalmente a da enfermagem. O saber da enfermagem tem ação efetiva sobre a realidade do trabalho de enfermagem e não pode ser alheio à procura de equilíbrio dinâmico e dialético entre a teoria e a prática, pois a teoria dá forma à prática e esta, por sua vez, questiona a teoria.

De acordo com Matos (1995), a prática é imprescindível para a análise de situações reais, permitindo a conscientização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho. É no campo prático que o educando desenvolve a capacidade de utilização do conhecimento, atitudes e comportamentos afirmativos para responder às necessidades do cliente/ser cuidado.

Diante dessa visão, foi perguntado às duas enfermeiras quais seriam as situações reais e relevantes do Hospital Universitário Cajuru e da Irmandade Santa Casa de Misericórdia. Elas responderam:

Na Santa Casa, temos internados clientes com alterações neurológicas, cardiológicas, músculo-esqueléticas, gastrológicas, nefrológicas, dermatológicas, praticamente todas alterações (E1).

No Cajuru, temos internados clientes com alterações neurológicas, ortopédicas e cirurgias de grande porte principalmente ocorridos por traumas (E2).

Um outro ator acrescentou:

Além desses aspectos biológicos podemos também observar o ambiente físico, a estrutura física, a equipe multiprofissional (principalmente as funções da enfermeira), também devemos atentar para os aspectos emocionais, espirituais, a história de vida do cliente/ser cuidado, e outros que surgirão no período dos estágios supervisionados. Resumindo, podemos observar os aspectos expressivos e instrumentais contidos nessas áreas hospitalares e de ensino (D3).

Todos esses aspectos contribuíram para uma visão mais ampla da realidade e uma articulação com outros saberes. O último depoimento mostrou que se deve abordar o cliente/ser cuidado de forma global, não devendo haver dissociação das estruturas psicológicas, espirituais, orgânicas, sociais, econômicas e políticas. Nesse sentido, o trabalho do educador, do educando e do enfermeiro deve focalizar, na teoria e na prática, a integralidade do cuidado ao ser humano, o que facilita o equilíbrio dinâmico da pessoa, objetivando a melhora na qualidade de vida.

Assim, decidiu-se que os estudos de casos em enfermagem partiriam da realidade das Instituições mencionadas, tentando-se dessa maneira: compreender, questionar, propor soluções e modificar/solucionar os problemas identificados relativos à clientela, à comunidade, aos recursos humanos, materiais e outros. Freire (1997, p. 24) corrobora essa visão quando afirma que “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria-prática, sem a qual a teoria pode ir virando ‘blablablá’ e a prática, ativismo”.

Ao final desse segundo encontro agendamos as outras reuniões e também as atividades que seriam desenvolvidas nos próximos dias, a saber:

- Os docentes apresentariam suas Unidades Temáticas (objetivos, conteúdos, metodologia e critério de avaliação), ressaltando a importância de cada uma delas para o curso; e levariam para o grupo exemplos da sua prática cotidiana.
- O grupo envolvido ouviria e anotaria os pontos comuns; na seqüência das apresentações, fariam as observações que levassem para a integração de conteúdos.

- Cada ator envolvido, tentaria buscar a relação de cada Unidade Temática com as outras, com o curso, com o campo prático e com a vida do aluno, num processo interdisciplinar.

Essas atividades acima mencionadas permitiram conhecer, organizar e inter-relacionar os vários enfoques (conhecimentos específicos) das Unidades Temáticas num programa interdisciplinar. Visaram também novos questionamentos, novas posturas/attitudes críticas, novas buscas, enfim a transformação da disciplina em foco, tendo em vista um conhecimento global, um todo integralizado.

O interdisciplinar, ao lado da postura crítica e de questionamento constante do saber, ajuda a refazer as cabeças “bem-feitas”. Pois cultiva o desejo de enriquecimento por enfoques novos, o gosto pela combinação das perspectivas, alimenta o gosto pela ultrapassagem dos caminhos já batidos, dos saberes já adquiridos, instituídos e institucionalizados. Mais do que nunca, precisamos estar conscientes de que não nascemos com cérebros “desocupados”, porém, inacabados (Fazenda, 1992).

Essas duas primeiras reuniões foram descritas e analisadas detalhadamente, pois como se percebe elas ofereceram subsídios para o auto-conhecimento e integração do grupo, que foram condições essenciais para o desenvolvimento de uma perspectiva interdisciplinar.

O que possibilitou o desenvolvimento dessa perspectiva interdisciplinar foram os encontros com o grupo, com mudanças de atitudes de cada ator envolvido, tais como: busca de alternativas para conhecer mais e melhor; postura esperançosa frente aos atos não consumados; transformações que impelissent à reciprocidade, à troca, ao diálogo, num exercício de pensar numa reconstrução; ficaram perplexos frente à possibilidade de desenvolver novos saberes; desafiaram o novo e redimensionaram o velho; desenvolveram e se comprometeram com a construção da proposta de integração de conteúdos e com as pessoas nela envolvidas; tiveram atitude de responsabilidade, mas, sobretudo de alegria, de revelação, de encontro, enfim de vida (Siebeneichler, 1988; Sachs, 1993; Patrício, 1995).

Em todos os momentos da construção da proposta a animadora atuou na preparação e elaboração a proposta; previu passos para todos os encontros; muniu-se de recursos físicos e materiais (referenciais bibliográficos, xerox e outros); entregou ao grupo os

trabalhos refeitos após discussões e reflexões; selecionou referenciais para estudos e interpretações.

Tenho a plena convicção que a construção da proposta, mesmo com o esboço tendo sido elaborado antecipadamente e a proposta em si tendo sido refeita várias vezes, este trabalho todo só foi possível porque o grupo somou os conhecimentos, equacionou problemas, propôs soluções, criou alternativas, trabalhou e conviveu junto por um período de três meses. Somente, dessa forma, foi possível substituir a dissociação dos conhecimentos até o desenho de maior consenso, de maior convergência. O consenso entre os mais variados saberes foi operacionalizado por meio de troca intersubjetiva mediante a comunicação. Assim, falar em comunicação supõe a necessidade de um objetivo comum que se concretiza mediante um processo ideal de trocas.

Logo, infiro que a construção da proposta foi fruto de uma caminhada junto com os docentes, discentes e enfermeiras. O grupo colaborou, participou, discutiu, refletiu, analisou, estudou, interpretou, organizou passo a passo as reformulações da proposta de integração apresentadas pela animadora. Houve um exercício, com trocas, parcerias, aprimoramento pessoal, mudança de mentalidade e postura diante da vida e da prática pedagógica, isto tudo trouxe a realização da construção proposta de integração de conteúdos.

Nesse sentido, reforço que solitariamente não é possível integrar conteúdos. É trabalho coletivo, solidário, de equipe, onde deve estar pressuposta a inter-relação de pessoas. Foi preciso que a animadora trabalhasse em sintonia com outras pessoas. A integração/interdisciplinaridade envolve exercício e grande disponibilidade de todos, humildade e abertura para expor “sei que nada sei”. Patrício (1996, p. 63) enfatiza que “uma das categorias mais importantes que integram a interdisciplinaridade é a humildade. É preciso que o técnico reconheça que ele não é o dono da verdade, do saber, ou seja que não existe um único saber sobre determinado objeto”. Sendo assim, a interdisciplinaridade pressupõe que as pessoas de diferentes áreas tenham atitude de escuta, de compreensão e de aceitação com relação aos diferentes campos de conhecimento, conceitos e opiniões em torno de um mesmo objeto.

Cabe salientar que a participação na construção da proposta foi espontânea, pois os atores compareciam nas reuniões formais conforme disponibilidade e possibilidade. Como

esse aspecto foi enfatizado no começo deste estudo, a participação mais efetiva foi dos docentes em virtude do compromisso com a disciplina, enquanto que as discentes e as enfermeiras por motivos pessoais e profissionais pouco participaram. Esse fato ocorreu porque as discentes se preocuparam com o próprio aprimoramento, participando das suas aulas teóricas e práticas, enquanto que as enfermeiras, por terem cargos de chefia (coordenação) estavam impossibilitadas de se ausentarem dos seus locais de trabalho. Isso pode ser observado quando elas expressaram:

Sinto não poder estar mais junto, pelas limitações profissionais (E2).

Não posso participar porque assumi compromisso todos os dias pela manhã na instituição hospitalar (E1).

Não queremos faltar nas aulas (A1 e A2).

Um outro fato a ser enfatizado, durante a construção da proposta, foi quando duas docentes indicaram e trouxeram referenciais teóricos, os quais foram muito oportunos para a construção da proposta.

Dando continuidade ao vivido, para que se pudesse integrar os conteúdos foi necessário socializar as idéias, processo que passou por muito estudo e discussão. Todos os atores do grupo tiveram oportunidade de expressar suas idéias, opiniões e sugestões bem como expressar seus sentimentos. Houve algumas dificuldades no início, como seria de se esperar, pois não é hábito ouvir e falar cada um a sua vez. Mas, aos poucos, o grupo parece ter se familiarizado com o método de trabalho e as discussões fluíram num ritmo muito agradável. Essas discussões das diferenças colocadas por cada ator do grupo foi uma das maneiras de passar de um conhecimento subjetivo, pessoal, para outro mais objetivo e intersubjetivo.

Fazenda (1992) ao tratar do assunto afirma que integrar/interdisciplinar os conteúdos é uma questão de atitude. É uma atitude de abertura, não preconceituosa, onde todo conhecimento é igualmente importante. Pressupõe o anonimato pois, o conhecimento pessoal se anula perante o saber universal. Tal atitude presume uma postura coerente e

única frente aos fatos, pois é na opinião crítica do outro que pode se consolidar uma opinião particular. Somente na intersubjetividade, num regime de co-propriedade, de interação, é possível o diálogo, única condição de possibilidade da interdisciplinaridade. Assim sendo, pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento; presume uma atitude engajada, um comprometimento pessoal.

Nessa perspectiva, nossa abordagem buscou ser dialógica, numa forma de compartilhar as falas, espaços e presenças, com a possibilidade de que um pensar veio a se complementar no outro. Neste exercício de dialogar com nossas próprias concepções e com as concepções do outro, buscamos construir a proposta de integração de conteúdos.

Ao se referir a esta questão dialógica, Japiassu (1992) conceitua interdisciplinaridade como a interação entre duas ou mais disciplinas, podendo ir da simples comunicação de idéias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa. É imprescindível a complementaridade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundamentam as diversas práticas científicas. O objetivo utópico é a unidade do saber, meta ideal de todo o saber que pretenda corresponder às exigências do progresso humano.

Meirelles (1998) ao considerar a interdisciplinaridade como simples comunicação de idéias, dá à mesma um espectro muito amplo, ou seja, considera qualquer forma de comunicação como um ato interdisciplinar, pois comunicar implica na emissão e recepção de idéias. A partir do momento em que esta comunicação ou diálogo gerar uma integração mútua das pessoas e dos conteúdos, entre as unidades temáticas da disciplina em questão, constituindo um novo conhecimento ou buscando a resolução para a fragmentação do cuidado, realmente alcançaremos a interdisciplinaridade.

Nesses encontros, ainda percebi que houve um treino na arte de compreender e entender, nas trocas, no respeito pelo opinião alheia, aliados a uma busca e luta para a construção da proposta. Essas trocas de conhecimentos favoreceram o crescimento do grupo, através da reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolveram e suas relações com a melhoria das condições de vida do grupo (docentes/discentes/enfermeiras), o que pode ser percebido nas falas abaixo:

Estamos num caminhar que não dá para voltar atrás. Estou ganhando e crescendo muito com este trabalho. Estou feliz e me deu um novo ânimo (D2).

Estou aprendendo muito e também aprendendo a conviver com vocês (D4).

Além disso, foi fundamental consolidarmos uma relação de respeito efetivo pelas pessoas e por suas manifestações. Patrício (1996) frisa que uma outra categoria importante na dimensão da interdisciplinaridade é o respeito. Respeito pelo outro, por suas idéias, suas crenças, seus valores, seus conhecimentos e suas produções. Somente através do diálogo e da ética, podem ser feitas as verdadeiras reconstruções, do indivíduo e do grupo.

Percebi, nitidamente que trabalhar com estes atores exigiu uma postura aberta e despojada, tanto da animadora quanto de cada um destes, o que contribuiu para que o grupo, através das reuniões formais e das informais, mais e mais se fortificasse, o que sem dúvida foi preponderante para a etapa da integração. Desta forma, uma vez que a integração foi alcançada, o grupo que foi capaz de superar as suas variadas idiossincrasias, ficou pronto para agir interdisciplinarmente.

A meu ver, neste momento foi que nasceu o ensino interdisciplinar, pois frente a essas atitudes, o grupo conseguiu integrar os conteúdos das Unidades Temáticas, construindo novas teorias, novas aptidões (objetivos), novos métodos, novos critérios de avaliação, enfim uma nova "Pedagogia", a qual está descrita no subtítulo 5.1. Essa mudança do programa da disciplina se iniciou a partir da terceira, seguindo até a nona reunião formal, com os diálogos dos atores direcionados para a construção da proposta de integração de conteúdos.

Nesse contexto, segundo Gusdorf (1985), o princípio do ensino interdisciplinar é uma abertura do pensamento, uma co-propriedade, uma curiosidade que se busca além de si mesmo, nas conexões e solidariedades do conhecimento. Os partícipes devem ter em mente que o ensinamento deve ser mútuo, ou seja além de ensinar, podem e devem receber informações. A idéia da interdisciplinaridade traz um conhecimento que se busca além de si mesmo, que não se contenta com sua identidade literal.

Ao final deste estudo, ficou claro que o grupo afluía para novas expectativas, que estava aberto para a integração/interdisciplinaridade, despertando para novas posturas, novas atitudes, o que ficou entendido inclusive a partir das falas abaixo.

O que nós estamos desenvolvendo é algo novo, audacioso, com conteúdos modificados, com uma visão mais humanizada. Não dá para voltar atrás. É um processo. As vezes podemos chegar lá na frente e dizer, isto está melhor ou aquilo precisa ser modificado. O caminho até pode ser melhorado. Nós já estamos com outra mentalidade (D2).

Eu acho que não muda a nossa dinâmica, mas a abordagem de como se enxerga a situação. Pois até nos campos de estágios vamos ter que mudar muito (D1).

Nós vamos usar uma nova visão. Antes nós listávamos as patologias e depois os cuidados de enfermagem, sem se preocupar com a pessoa. Hoje nós não nos preocupamos tanto com a patologia e sim com a pessoa. acho que é mudança demais (D3).

É uma tentativa. Acho que essa reflexão inicial já foi muito importante e muito interessante (E2).

Para haver uma modificação na forma de trabalhar tem que haver esse repensar, essa reflexão (A2).

Eu espero que dê certo (A1).

É uma forma de melhorar, se vai dar certo ou não. não sei, no final a gente avalia (D4).

Essa experiência teve o seu êxito facilitado em virtude do apoio dispensado pela Diretora do Curso de Enfermagem, a qual sempre manteve um vivo interesse pelo andamento da proposta e um constante incentivo aos atores do grupo para que participassem efetivamente na construção da mesma. Além disso, deu ampla liberdade ao grupo para decidir sobre modificações na disciplina em questão.

Outro ponto, diz respeito à valiosa colaboração obtida a partir da PUCPR que facilitou o uso de toda a sua estrutura acadêmica, para que a construção da proposta fosse viabilizada. Este suporte se manifestou pela disponibilização dos locais para as reuniões formais, de recursos audiovisuais, da biblioteca e seu excelente acervo, assim como e principalmente, pela oportunidade de aplicar a proposta de forma efetiva junto aos acadêmicos de enfermagem da Instituição.

CAPÍTULO VI

ANÁLISE REFLEXIVA

Ao analisar reflexivamente os momentos compartilhados com os docentes, discentes e enfermeiras, vivenciados na construção deste trabalho, faz-se necessário resgatar os aspectos mais relevantes desta caminhada.

Quando iniciei este trabalho, minha preocupação estava focalizada na integração de conteúdos de todas as Unidades Temáticas da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, pois o que se percebia era a fragmentação dos seus conteúdos e a descontextualização da prática, a pluralidade de objetivos, de metodologias e de avaliações. Detectou-se também que o estudo dos conteúdos teóricos se iniciava a partir das patologias ou das doenças, que as prescrições de enfermagem davam maior ênfase as técnicas de enfermagem e que havia desintegração das atividades dos docentes sem acordos prévios. O ser humano e o cuidado eram delimitados, visto numa visão biomédica e sem aderência a realidade prática.

Os resultados do estudo reiteraram as questões sentidas há mais de três anos na prática educacional. Os dados coletados no diagnóstico permitiram identificar que o processo ensino-aprendizagem necessita ser renovado e facilitado/possibilitado o ensinar/cuidar com competência profissional, devendo ser o docente, o discente e o enfermeiro agentes de mudança, com o intuito de superar as dificuldades encontradas na realidade de saúde.

Mostrou também a necessidade de uma revisão dos eixos norteadores da disciplina, dos objetivos, dos conteúdos, da metodologia e das avaliações utilizadas, de forma que se obtivesse não apenas o domínio de um conjunto de saberes, nem o mero saber-fazer, mas

de uma abertura de espaços para a recuperação e valorização da unidade humana e do cuidado integralizado. Deve-se formar o futuro profissional como um todo, inserido em sua realidade e em seu papel como agente cuidador/transformador do contexto onde vive e atua.

A abordagem integrativa ajudaria o futuro enfermeiro a compreender o homem em sua concepção holística, podendo assim, integrar os conceitos teóricos e os conhecimentos práticos com a experiência do cuidado e propiciar ao educando identificar-se, perceber-se como um ser bio-psico-sócio-espiritual, ao mesmo tempo que poderia se diferenciar do outro.

Os problemas detectados no diagnóstico foram o ponto de partida para a integração de conteúdos, em vista do ensinar/cuidar. Ajudaram e deram força nos momentos de vacilações sobre o caminho a seguir.

Naquela época conhecia muito pouco sobre a integração/interdisciplinaridade e o ensinar/cuidar, contudo, a motivação e o interesse em prosseguir me envolviam na medida em que aprofundava na temática. Conhecer o objetivo da integração, as suas características, os comportamentos pessoais que cada ator envolvido deveria desenvolver, para a partir daí alcançar a interdisciplinaridade, foi algo instigante. Percebi que para que haja integração de conteúdos é preciso haver um comprometimento mútuo, uma relação entre os pares, uma postura de abertura para o novo, respeitando o velho. Portanto, não é possível integrar conteúdos sozinho, ela ocorre somente quando participam várias pessoas, quando a diversidade de informações de cada um se unifica, se funde num todo integralizado.

Constatedei nas leituras que já não é mais possível buscar respostas e soluções para os problemas de forma isolada. E, ainda que as busque de forma individualizada, não é possível que a discussão fique restrita apenas a determinadas áreas do conhecimento. É fundamental a percepção que um problema é constituído por múltiplas facetas, necessitando de trocas mútuas, de parcerias e de estudos inter-relacionados que tragam a solução dos problemas identificados.

A parceria é uma alternativa de trabalho compartilhado, que tem como princípio o compromisso, o comprometimento, a responsabilidade, a harmonia e o respeito mútuo

entre as pessoas que se juntam com este objetivo. Assim, assume importância preponderante as atitudes que levem à interação ética e estética no seio do grupo. Esta interação está baseada em valores, em crenças, na arte, na criatividade, no prazer, na gratificação, na subjetividade, na relação e em princípios coletivos de cidadania. A forma de parceria agiliza e possibilita crescimentos e desenvolvimentos mútuos quanto aos resultados, ou seja, o de chegar a novas e mais ricas experiências produtivas.

Em face ao exposto, sempre tive a vontade de buscar parcerias para a construção, a produção de conhecimentos, a difusão crítica de verdades já descobertas, a busca de meios coletivos de socialização e discussão, elementos necessários a melhoria da qualidade da prática educacional, do processo de formação do enfermeiro.

Diante disso, ao direcionar este estudo para o processo de formação do enfermeiro, buscou-se em parceria **propor, implantar, implementar e avaliar a integração dos conteúdos da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II.**

A construção da proposta de integração de conteúdos oportunizou experiências riquíssimas, como abertura para o novo, para a inter-relação, para a intersubjetividade, mas sobretudo, instrumentalizou e ensinou-nos que a integração é possível, pois houve a unificação dos saberes mediante o diálogo constante. Nessa fase, emergiram atitudes engajadas de auto-reflexão, de co-participação, de profissionalismo, de alto grau de humildade, cumplicidade, respeito, sensibilidade, amizade, mutualidade, reciprocidade e outras condições que foram essenciais para a efetivação de um trabalho interdisciplinar.

Esses comportamentos foram importantes porque os conteúdos cederam lugar a um conhecimento integrado; trouxeram redução/supressão de alguns conteúdos menos importantes; e superaram a visão dicotômica entre educador, educando e enfermeiro. Além disso, a participação conjunta dos atores envolvidos, permitiu uma aproximação gradativa entre a teoria e a prática, buscando a transformação da qualidade do ensino e do cuidado na área de saúde.

Para construir a proposta foram discutidas algumas vertentes, estudados e interpretados vários conteúdos, métodos, técnicas, recursos didáticos, teorias pedagógicas e de enfermagem e outros aspectos do conhecimento geral – iniciais, gerais e específicos –, os quais possibilitaram novos questionamentos, novas buscas, enfim a própria

transformação da disciplina. Essas mudanças foram submetidas à verificação do grupo por diversas vezes e avaliadas pelo aproveitamento do aluno mediante implantação e implementação da proposta. Faz-se importante lembrar que os resultados foram os mais positivos, principalmente se considerarmos que na participação dos educandos, a visão ampla e integral do ser humano e do cuidado, se instalou de forma gradativa e profunda.

A experiência/vivência da construção da proposta, tendo como eixos norteadores o cuidado e a metodologia da problematização mostrou-se transformadora, inovadora e revolucionária. Inovadora, pois desconheço outras semelhantes quanto a sua concepção, compreensão, forma e desenvolvimento. Transformadora e revolucionária, porque provocou o auto-conhecimento, a própria mudança de comportamento dos atores, da animadora e dos 54 discentes diante da maneira de se viver e experienciar a integração/interdisciplinaridade, de entender a realidade do cuidado, partindo de uma visão fragmentada para uma visão unitária, globalizante e totalizadora, e a modificação do Programa da Disciplina em Unidade Introdutória, Unidades, Propósitos, Aptidões, Seqüências de Atividades do Educando, Orientações para o Instrutor/Facilitador e Sistema de Avaliação.

Ao focalizar o ser humano e o cuidado no Programa da Disciplina, os docentes, discentes e enfermeiras elevaram o nível de eficiência do ensino-aprendizagem, pois aprimoraram o saber ser e estar no mundo, interagindo com as situações e a elas atribuindo significados.

Na implantação e na implementação da proposta o educador não foi somente um produtor e transmissor de conhecimentos, mas um participante ativo, um aprendiz de seu ofício no processo ensino-aprendizagem. Estava sempre em constante construção do vir a ser, em conjunto com os discentes e as enfermeiras, num processo de comunhão, assim entendido como estar e ser junto, interagindo e integrando. Enquanto o educando nesse processo vivenciava as situações-problemas, expressava seus pensamentos, questionamentos e sentimentos, chegava mais próximo do seu eu, reconhecia seus potenciais e seus limites, descobria as semelhanças assim como as diferenças, o que foi fundamental para a aceitação dos valores, das crenças, das reações do outro, para a aproximação, para o estabelecimento de trocas e para o crescimento da solidariedade. Do

confronto de diferenças afirmam-se as singularidades e brota o aprendizado para a transformação das situações.

Dessa forma, tanto na construção, como na implantação e implementação da proposta sempre foi enfatizado o ser humano em todas as suas dimensões, principalmente incitado à própria descoberta, à descoberta do outro e à descoberta da vida e da competência para o cuidar.

A competência para o cuidar é o resultado que se espera atingir, ao longo do desenvolvimento da proposta de integração de conteúdos. A competência profissional envolve o saber, a correlação deste à realidade (saber/fazer compreendido de modo articulado), bem como a postura ética e política do enfermeiro em face do seu exercício profissional.

Para que o educando consiga atingir a competência para o cuidar, é necessário um processo de ensino-aprendizagem que envolva conteúdos integralizados e estratégias criativas e inovadoras (conceitos de ser humano e cuidado), que sejam capazes de viabilizar uma compreensão objetiva de suas condições como ser humano no mundo. O ensinar a cuidar deve ser fundamentado no respeito pela vida, pelo amor próprio e pelos outros e no interesse em melhorar as condições de mundo. O processo de ensinar a cuidar deve proporcionar a participação, a criatividade, a reflexão, a curiosidade, o questionamento, a investigação, a criação, a transformação, enfim a inovação do cuidar de si, com o outro e pelo outro com qualidade.

No bojo do processo ensino-aprendizagem do cuidar, vale ressaltar os inúmeros desafios, alguns descritos e outros não, entre os descritos cumpre registrar: o desafio de preparar/ensinar Profissionais Enfermeiros para o Cuidar em realidades tão diversificadas e com contexto social tão diferenciado, o objetivo de humanizar os atores (docentes, discentes e enfermeiras) e os 54 discentes mediante o cuidado humano, para que no futuro sejam mais responsivos às necessidades da sociedade e capazes em humanizar as pessoas e o contexto do cuidado na área de saúde.

O que leva a recomendar aos Cursos de Graduação em Enfermagem que o cuidado seja focado nas disciplinas que precedem e procedem a disciplina em foco, que o cuidar seja o eixo norteador do currículo de enfermagem, que seja aprofundado e correlacionado

com o contexto social da prática de enfermagem, resgatando a dimensão humana do cuidar e as interações educador-educando-enfermeiro.

A proposta deste trabalho buscou avançar na tentativa de aproximar os atores envolvidos e os conteúdos das Unidades Temáticas da Disciplina. Embora os conteúdos de cada Unidade Temática ainda preservam suas identificações originais, afirmo que foi um início, uma abertura para parcerias, tendo como resultado uma aproximação entre conteúdos, docentes, discentes e instituições de ensino e de saúde que quase sempre se mostram muito afastados em seus percursos.

Finalizando, este estudo traz um desafio e ao mesmo tempo um convite aos profissionais envolvidos com a arte de ensinar/cuidar em Enfermagem, para que busquem ainda o crescimento do ensinar a cuidar.

Não considero este trabalho definitivo, nem ao menos o considero concluído, mas sim como um instrumento desencadeador de novas reflexões, que assegurem uma contínua revelação no processo de ensinar a cuidar e um maior engajamento das Instituições de Ensino e de Serviço no desnudamento de uma prática na qual o cuidado seja um dos eixos matrizes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998. cap. 7, p. 147-178.

ANGELO, Margareth. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 28, n.1, p. 11-14, abril. 1994.

ARRUDA, Eloita Neves; SILVA, Alcione Leite da. Cuidando – confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 116-127, jan./jun. 1994.

ARRUDA, Eloita Neves; ZAGONEL, Ivete P. Sanson. A pesquisa-cuidado como uma abordagem filosófica para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 161-176, set./dez. 1997.

ASSAD, Maria Aparecida do Carmo; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Ensinar e aprender... com que conseqüências. In: BERBEL, Neusi Aparecida Navas (Org). **Questões de ensino na universidade**: conversas com quem gosta de aprender para ensinar. Londrina: UEL, 1998. p. 23-28.

BAGNATO, Maria Helena Salgado. Concepções pedagógicas no ensino de enfermagem no Brasil. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 241-258, set./dez. 1997.

- BAUER, Janet A. Caring as the central focus in nursing curriculum development. In: LEININGER, Madeleine; WATSON, Jean (Ed.). **The caring imperative in education**. New York: National League for Nursing, 1990. cap. 23, p. 255-266.
- BECKERMAN, Anita et al. The experience of being a student in a caring-based program. In: BOYKIN, Anne (Ed.). **Living a caring-based program**. New York: National League for Nursing Press, 1994. cap. 6, p. 79-92.
- BEHRENS, Marilda Aparecida. **Formação continuada dos professores e a prática pedagógica**. Curitiba: Champagnat, 1996.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Rev. Cultural e Científica da Universidade Estadual de Londrina**, v. 17, n. esp., p. 7-17, nov. 1996.
- BOEHS, Astrid Eggert; PATRÍCIO, Zuleica Maria. O que é este “cuidar/cuidado”? - Uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 111-116, abr. 1990.
- BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; DOSATTI, Maria Salete; LASELVA, Cláudia Regina. Enfermeiro educador: objeto de decor-ação? - Uma história de vida. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 133-148, jul./dez. 1994.
- BORDENAVE, Juan Díaz. Alguns fatores pedagógicos. **Rev. Interamericana de Educação de Adultos**, Brasília, v. 3, n. 1/2, 1983.
- _____. Alguns fatores pedagógicos. **Rev. Interamericana de Educação de Adultos**. Brasília, v. 2, n.1/2, 1993.
- _____. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 19-26.

- BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BOTOMÉ, Sílvio Paulo et al. **Diretrizes internas para a implantação dos projetos pedagógicos da PUCPR para o ano de 2000**. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 1999. p. 1-17.
- BRAGA, Ryon. A interdisciplinaridade na pesquisa conscienciológica. **Conscientia**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 1997.
- BRAGAGLIA, Mônica. A teoria da ação comunicativa como referencial teórico ao estudo da interdisciplinaridade. **Veritas**, Porto Alegre, v. 41, n. 162, p. 299-306, jun. 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria n. 1.721 de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a formação do Enfermeiro em curso de graduação e revoga a Resolução n. 4 de 25 fevereiro de 1972. **Diário Oficial**. Brasília, n. 238, Seção 1, p. 19801-2, 1994a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos no Decreto n. 93.933 de 14 de janeiro de 1987. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.
- CAPALBO, Creusa. **Apresentação**. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DA FILOSOFIA. Universidade do Estado do Rio de Janeiro: UERJ, 1993/1994. p. 9-15.
- _____. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 70-76, maio. 1994.

- CARDOSO, Vanir. A cooperação entre médico e enfermeira na equipe interdisciplinar. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 162-167, maio/ago. 1997.
- CARMO, Heliane Moura do. **A formação do enfermeiro no CESULON: realidade e novas perspectivas educacionais.** Londrina, 1998. 233p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina.
- CARPER, Barbara A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, Rockville, v. 1, n. 1, p. 13-23, 1978.
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- CLAYTON, Gloria M. Research testing Watson's theory: tThe phenomena of caring in an elderly population. In: RIEHL-SISCA, Joan P. **Conceptual models for nursing practice.** 3. ed. San Mateo: Appleton e Lange: 1988. p. 245-252.
- COELHO, Maria José; CARVALHO, Maria Tereza Coimbra de; GONÇALVES, Maria da Conceição. O desafio de ensinar a cuidar. **Rev. de Enf. Escola Anna Nery**, ano I, n. esp., p. 63-70, jul. 1997.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. Invisible care and invisible women as health care-providers. **International Journal of Nursing Studies.** v. 23, n. 2, p. 95-112, 1986.
- _____. **Promover a vida.** Lisboa: Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento.** 3. ed. São Paulo;Rio de Janeiro: Hucitec;Abrasco, 1999.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem.** Florianópolis 1997. 177p. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira; ARRUDA, Eloita Neves; WALDOW, Vera Regina. Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermagem de um município gaúcho. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 151-173, maio/ago. 1998.

DAVINI, Maria Cristina. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 39-48.

DORIGON, Clarinda da Luz. Projeto político pedagógico numa perspectiva de qualidade em educação. **Consciência**, Palmas, v. 9, n. 1, p. 43-52, jan./jun. 1995.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

_____. Os limites nas relações/interações/associações do cuidado – é uma determinação possível? **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 209-212, set./dez. 1997.

FAURE, Guy Olivier. A constituição da interdisciplinaridade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 108, p. 61-68, jan./mar. 1992.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **A interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. São Paulo: Loyola, 1991.

_____. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1992.

_____. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 14. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

_____. **Educação e mudança**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GADOTTI, Moacir de. Pressupostos do projeto pedagógico. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS, MEC, (1994 : Brasília). **Anais**. Brasília: MEC, 1994.

GELAZIS, Rauda. Creative strategies for teaching care. In: LEININGER, Madeleine; WATSON, Jean (Ed.). **The caring imperative in education**. New York: National League for Nursing, 1990. cap. 13, p. 155-165.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GISI, Maria Lourdes; ZAINKO, Maria Amélia Sabbag. Universidade e construção do projeto político-pedagógico dos cursos. In: SAUPE, Rosita (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998. cap. 3, p. 87-118.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. Adm. Empr.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio./jun. 1995.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbora; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 29, n. 3, p. 297-309, dez. 1995.

_____. Metodologia da problematização – alternativa metodológica viável para a Disciplina de Fundamentos de Enfermagem. **Rev. Cult. e Cient. Univ. Est. Londrina**, v. 17, n. esp., p. 17-27, nov. 1996.

- GUARIENTE, Maria Helena Dantas de Menezes. O trabalho coletivo para a formação pedagógica do professor. In: BERBEL, Neusi Aparecida Navas (Org). **Questões de ensino na universidade**: conversas com quem gosta de aprender para ensinar. Londrina: UEL, 1998. p. 139-143.
- GUSDORF, Georges. Reflexões sobre a interdisciplinaridade. **Convivium**, São Paulo, v.28, n.1, p. 19-50, 1985.
- HADDAD, Maria do Carmo Lourenço et al. Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma nova abordagem de ensino e sua avaliação pelo aluno. **Rev. Latino Americana**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 97-112, jul. 1993.
- IYER, Patrícia W. et al. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. A atitude interdisciplinar no sistema de ensino. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 108, p. 83-94, jan./mar. 1992.
- JATOBÁ, Ana Izabel et al. A reunião científica como oportunidade para o exercício do cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 93-109, jan./jun. 1995.
- JULIATTO, Clemente Ivo. **Plano estratégico PUCPR**: horizonte 1998/2010. Curitiba: Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento PUCPR, 1998.
- KROWCZUK, Elizabeth Remor. Avaliação do currículo da escola de enfermagem de UFRGS: um plano de trabalho utilizando o modelo CEPP (contexto, entrada, processo, produto). **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 286-306, jul. 1986.

LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Curitiba, 1996. 94p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LEININGER, Madeleine. **Care the essence of nursing and health**. Detroit: Wayne State University Press, 1988.

_____. Care: the imperative of nursing education and service. In: LEININGER, Madeleine; WATSON, Jean (Ed.). **The caring imperative in education**. New York: National League for Nursing, 1990. p. 1-5.

LENOIR, Yves; LAROSE, François. Uma tipologia das representações e das práticas da interdisciplinaridade entre os professores do primário no Quebec. **Rev. Bras. Est. Pedagógicos**, Brasília, v. 79, n. 192, p. 48-59, maio/ago. 1998.

LEOPARDI, Maria Tereza. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67, set./dez. 1997.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, Madalena M. Mergem. A perspectiva interdisciplinar da extensão universitária. **Consciência**, Palmas-PR, v. 10, n. 2, p. 31-38, jul./dez. 1996.

LÜCK, Heloisa. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teóricos-metodológicos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

_____. **Ação integrada: administração, supervisão e orientação educacional**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

LUFT, Celso Pedro. **Mini dicionário Luft**. 3. ed. São Paulo: Scipione, 1991.

- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. A prescrição computadorizada de cuidado de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Rev. Cogitare Enf.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 90-95, jan./jun. 1997.
- MACHADO, Neuza Queiroz. Qual o significado dos conteúdos no ensino superior? In: BERBEL, Neusi Aparecida Navas (Org). **Questões de ensino na universidade: conversas com quem gosta de aprender para ensinar**. Londrina: UEL, 1998. p. 43-45.
- MAIA, Ana Rosete Camargo. Elementos e dimensões do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 133-150, maio/ago. 1998.
- MANDÚ, Edir Nei T. Significado político-pedagógico da avaliação do ensino-aprendizagem. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 157-170, jul./dez. 1994.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- MARIA, Joaquim Parron. A interdisciplinaridade no ensino universitário. In: WACHOWICZ, Lilian Anna (Org.) **A interdisciplinaridade na universidade**. Curitiba: Champagnat, 1998. p. 85-101.
- MATOS, Elisa Teresa. Relação ensino/prestação de cuidados. **Nursing**, Ed. Portuguesa, Lisboa, n. 95, ano 8, p. 9-11, dez. 1995.
- MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
- MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. **Interdisciplinaridade: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento aos portadores do HIV/AIDS**. Florianópolis, 1998. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

- MEYER, Dagmar Estermann. A formação da enfermagem na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 63-78.
- MILLER, Barbara Krainovich; HABER, Judith; BYRNE, Mary Woods. The experience of caring in the teaching-learning process of nursing education: student and teacher perspectives. In: LEININGER, Madeleine; WATSON, Jean (Ed.). **The caring imperative in education**. New York: National League for Nursing, 1990. cap. 10, p. 125-135.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 8. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1996.
- MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. **Ensino: as abordagens do processo**. 5. ed. São Paulo, EPU, 1986.
- MORAN, José Manuel. A escola do amanhã: desafio do presente. Educação, meios de comunicação e conhecimento. **Rev. Tecnologia Educacional**, São Paulo, v. 22, n. 113/114, p. 28-34, jul./out. 1993.
- MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- PANIZZA, Lívio. **Uma experiência interdisciplinar na Escola Italiana G. Marconi do Rio de Janeiro**. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DA FILOSOFIA. Universidade do Estado do Rio de Janeiro: UERJ, 1993/1994. p. 75-86.

PATERSON, Barbara; CROWFORD, Marta. Caring in nursing education: an analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, p. 164-173, 1994.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Ser Saudável na felicidade-prazer**: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Florianópolis: UFSC/UFPEL, 1995.

_____. Administrar é trabalhar com gente. A inter/transdisciplinaridade no processo de cuidar indireto através da educação. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 55-77, jul./dez. 1996.

PAULA, Nara Sena de. A formação do enfermeiro. **Rev. Paulista de Enf.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 37-39, jan./mar. 1984.

PAVIANI, Jayme; BOTOMÉ, Silvio Paulo. **Interdisciplinaridade**: disfunções conceituais e enganos acadêmicos. Caxias do Sul: EDUCS, 1993.

PEREIRA, Rosane Carrion Jacinto. Refletindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann.(Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PETTENGILL, Myriam A. Mandella et al. O professor de enfermagem frente às tendências pedagógicas. Uma breve reflexão. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 1, p. 16-26, abr. 1998.

POLAK, Ymiracy N. de Souza. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1997a.

_____. O corpo como mediador da relação homem/mundo. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 29-43, set./dez. 1997b.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- PORTILHO, Evelise Maria Labatut. A psicopedagogia no ensino superior: ensinar aprendendo e aprender ensinando. In: WACHOWICZ, Lilian Anna (Org.). **A interdisciplinaridade na universidade**. Curitiba: Champagnat, 1998. p. 43-56.
- POSTLETHWAITE, Linda J. Phenomenology of self: na experiential approach to the teaching and learning of caring. In: LEININGER, Madeleine; WATSON, Jean (Ed.). **The caring imperative in education**. New York: National League for Nursing, 1990. cap. 24, p. 267-275.
- ROSA, Alcindo José. Aspectos teórico-metodológicos da pesquisa participante. **Vertentes**, UNESP-Assis, v. 4, p. 37-47, 1998.
- SACHS, Ignacy. Desenvolvimento, um conceito transdisciplinar por excelência. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 113, p. 13-20, abr./jun. 1993.
- SALES, Catarina Aparecida; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 205-214, abr./jun. 1999.
- SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. A especificidade da enfermagem na equipe interdisciplinar. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 156-161, maio/ago. 1997.
- SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK. Observação participante. In: KIDDER, Louise (Org.) **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987. p. 67-80. v. 2, Medidas na pesquisa social.
- SIEBENEICHLER, Flávio B. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade de G. Gusdorf e J. Habermans. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 98, p. 153-180, jul./set. 1988.

- SILVA, Ana C. B. Avaliação da qualidade do ensino de graduação. **ABM – Rev. de Estudos**, n. 13, 1992.
- SILVA, Alcione Leite da; ARRUDA, Eloita Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan./jun. 1993.
- SILVA, Clea Gois e. **Interdisciplinaridade no ensino da filosofia para área de ciências naturais e biológicas**. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DA FILOSOFIA. Universidade do estado do Rio de Janeiro: UERJ, 1993/1994. p. 46-49.
- SILVA, Maria da Graça da; RUFFINO, Márcia Caron. Comportamento docente no ensino de Graduação em Enfermagem: a percepção dos alunos. **Rev. Latino-Americana Enf.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 45-55, out. 1999.
- SIMÕES, Sonia Mara Faria. O ensinar/cuidar em enfermagem sob a ótica da fenomenologia Heideggeriana – relato de experiência. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 385-396, maio/ago. 1998.
- STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
- TEIXEIRA, Enéas Rangel; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Reflexões sobre a crise do paradigma científico na enfermagem. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 271-290, set./dez. 1997.
- TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Guerreiro V. da. **Marcos conceituais e diagnóstico de enfermagem**. 199?. Apostila.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Altas, 1987.

VASCONCELLOS, Celso dos S. **Construção do conhecimento em sala de aula**. São Paulo: Libertad, 1994.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. A construção da didática numa perspectiva histórico-crítica de educação: estudo introdutório. In: OLIVEIRA, Maria Rita Neto Sales (Org.). **Didática: ruptura, compromisso e pesquisa**. Campinas: Papirus, 1993.

WALDOW, Vera Regina. Reflexões sobre o ensino de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 41-44, jul. 1989.

_____. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, jul. 1992.

WALDOW, Vera Regina. **Atualizando o cuidar**: na busca da integralidade. Palestra proferida no HCPA, no dia 6 e 7 de setembro, 1994.

_____. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

_____. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques (Org.). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WATSON, Jean. Somme issue related to science of caring for nursing practice. In: LEININGER, Madeleine. **Caring an a essencial human need**. Thorofore, New Jersey: Charles B. Slack, 1981.

_____. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing.** New York: National League for Nursing, 1988.

WILKES, Lesley; WALLIS, Marianne. **The fives Cs of caring: the lived experiences of student nurses.** The Australian Journal of Advanced Nursing, 1993.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson et al. Elementos do cuidar/cuidado: a perspectiva de estudantes de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – Brasil. **Rev. Cogitare Enf.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 33-38, jan./jun. 1997.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição. **Rev. Cogitare Enf.**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 34-38, jul./dez. 1997.

ANEXOS

ANEXO I

ESTRUTURA CURRICULAR

A estrutura curricular do Curso de Enfermagem, baseada na Portaria n.º 1.721 – MEC, de 15 de dezembro, aprovada pela Resolução n.º 17/95 - CONSEPE, de 20 de novembro de 1995, está descrita a seguir:

CURRÍCULO PLENO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA PUCPR

1º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/ Aulas
Anatomia I	2	2	3	60
Bioquímica I	2	0	2	30
Biologia I	1	2	2	45
Fundamentos da Ética e História da Enfermagem	2	0	2	30
Saúde Ambiental	3	0	3	45
Psicologia do Desenvolvimento	3	0	3	45
Semiologia I	3	0	3	45
Filosofia	2	0	2	30
Teologia I	2	0	2	30
Cultura e Cidadania I	2	0	2	30
Sociologia	3	0	3	45
Educação Física I	0	2	1	30
	25	6	28	465

2º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/Aulas
Anatomia II	1	2	2	45
Bioquímica II	1	2	2	45
Biologia II	2	0	2	30
Histologia	2	2	3	60
Microbiologia	2	2	3	60
Parasitologia	2	2	3	60
Semiologia II	1	2	2	45
Cultura e Cidadania II	2	0	2	30
Antropologia Filosófica	2	0	2	30
Teologia II	2	0	2	30
Educação Física II	0	2	1	30
	17	14	24	465

3º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/Aulas
Neuroanatomia	1	2	2	45
Imunologia	2	0	2	30
Fisiologia e Biofísica I	2	2	3	60
Farmacologia	3	2	4	75
Patologia	2	0	2	30
Psicologia Aplicada à Saúde	2	0	2	30
Epidemiologia e Bioestatística I	3	0	3	45
Semiotécnica I	2	6	5	120
Enf. Psiquiátrica e em Saúde Mental I	2	0	2	30
Enfermagem em Saúde Coletiva I	2	0	2	30
	21	12	27	495

4º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/Aulas
Fisiologia e Biofísica II	2	2	3	60
Epidemiologia e Bioestatística II	2	0	2	30
Semiotécnica II	2	0	2	30
Enfermagem Psiq. e em Saúde Mental II	2	2	3	60
Enfermagem em Saúde Coletiva II	2	2	3	60
	10	6	13	240
Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental	-	-	-	75
Estágio Supervisionado de Enfermagem em Saúde Coletiva	-	-	-	75
Estágio Supervisionado em Semiotécnica	-	-	-	75
	-	-	-	225
	10	6	13	465

5º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/Aulas
Comunicação Aplicada à Enfermagem	3	0	3	45
Metodologia da Pesquisa em Enfermagem	3	0	3	45
Nutrição em Enfermagem I	2	0	2	30
Enfermagem Clínico-Cirúrgica I	6	2	7	120
Enfermagem na Saúde da Criança e do adolescente I	2	0	2	30
Dinâmica do Relacionamento Humano	2	0	2	30
	18	2	19	300
Estágio Supervisionado na Saúde da Criança e do Adolescente I	-	-	-	60
Estágio Supervisionado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica I	-	-	-	120
	-	-	-	180
	18	2	19	480

6º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/Aulas
Fundamentos de Administração em Enfermagem	3	0	3	45
Nutrição em Enfermagem II	2	0	2	30
Enfermagem Clínico-Cirúrgica II	7	2	8	135
Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II	2	0	2	30
Deontologia e Legislação Profissional	2	0	2	30
	16	2	17	270
Estágio Supervisionado na Saúde da Criança e do Adolescente II	-	-	-	90
Estágio Supervisionado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica II	-	-	-	105
	-	-	-	195
	16	2	17	465

7º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/Aulas
Administração em Enfermagem	2	0	2	30
Enfermagem na Saúde da Mulher	2	2	3	60
Enfermagem no Sistema de Saúde	2	2	3	60
Informática Aplicada à Enfermagem	1	2	2	45
Didática Aplicada à Enfermagem	3	0	3	45
	10	6	13	240
Estágio Supervisionado de Administração em Enfermagem	-	-	-	110
Estágio Supervisionado em Enfermagem da Saúde da Mulher	-	-	-	90
	-	-	-	200
	10	6	13	440

8º PERÍODO

Disciplinas	Aulas Teóricas	Aulas Práticas	Créditos	Horas/Aulas
Orientação à monografia	0	2	1	30
Estágio Supervisionado em Administração em Unidades de Internação Hospitalar e em Unidades de Saúde Coletiva	-	-	-	375
	0	2	1	405

ANEXO II

Curitiba, 21 de Junho de 1999.

À

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE ENFERMAGEM

DIRETORA PROFESSORA MARIA LÊDA VIEIRA

Em mãos

Em virtude de minha participação no Mestrado Interinstitucional, Curso de Pós-Graduação de Enfermagem, Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem, tendo como promotora a UFSC e a PUCPR como uma das associadas, pretendo desenvolver, como proposta de trabalho, uma **Integração Participativa** das Unidades Temáticas da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, do 3º ano, do 5º e 6º período do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Desta forma, venho mui respeitosamente solicitar o seguinte:

- **Permissão para o desenvolvimento do trabalho junto à comunidade acadêmica, compreendendo os Docentes e Discentes envolvidos com a Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II.**
- **Permissão para fazer a divulgação do trabalho e principalmente do nome da instituição, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.**

Atenciosamente

ANEXO III

PREZADO PROFESSOR

Considerando minha participação no Mestrado em Assistência de Enfermagem, estou pretendendo desenvolver, como proposta de trabalho, uma **Integração das Unidades Temáticas** com a colaboração dos Docentes da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, do 3º ano, do 5º e 6º período do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Desta forma, venho mui respeitosamente solicitar o seguinte:

- **Participação do Docente nesta proposta.**

- **Colaboração, no sentido de responder aos questionários, os quais serão aplicados antes e após o planejamento e aplicação da Integração das Unidades Temáticas.**

Desde já gostaria de assegurar ao Docente que estarei mantendo total sigilo e anonimato sobre cada participação.

Ressalto ainda que a cada Docente caberá a decisão pela participação, bem como a possibilidade de desistência, uma vez os trabalhos iniciados.

Agradeço antecipadamente sua valiosa colaboração.

- De fácil compreensão De difícil compreensão
 Significativos para a construção do conhecimento
 Pertinentes ao cotidiano Buscados a partir da realidade prática
 Correlacionados com a prática Abordados conforme a sua (professor) visão
 Coerentes com os objetivos propostos
 Outro. Qual? Cite-o:

5. Assinale os métodos de ensino que utiliza com maior frequência na sua unidade temática:

- Aula expositiva Seminário
 Trabalhos em grupo Debate com a classe
 Estudo dirigido Instrução individualizada
 Discussão de casos Palestras
 Simulações Aulas práticas e laboratório
 Outro. Qual? Cite-o

6. O aluno tem participado em sala de aula ou nos estágios, relatando experiências próprias, fazendo questionamentos, citando exemplos, etc.?

- Muito Pouco As vezes

Justifique:

.....

7. Assinale os instrumentos de avaliação que estão sendo utilizados com maior frequência na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II:

- Prova descritiva Prova objetiva
 Prova descritiva e objetiva Prova prática
 Prova oral Trabalho escrito
 Trabalhos apresentados oralmente Estudos de casos
 Observação do desempenho do aluno em aula ou em estágio
 Outro. Qual? Cite-o

8. Em que momento você faz a avaliação do aprendizado do aluno?

- No início da unidade temática Ao final de cada conteúdo ou tema
 Ao final da disciplina A cada semestre
 A cada bimestre
 Outro. Qual? Cite-o.....

9. Assinale os recursos didáticos que você utiliza com maior frequência:

- Projetor de Slides Retro-Projetor Filmes
 Vídeo e TV Fotos, Gravuras, Cartazes Datashow
 Álbum Seriado Quadro Negro Manequins
 Históricos de Enfermagem (estudos de casos)
 Situações Reais
 Outro. Qual? Cite-o.....

10. Você considera importante a realização de um trabalho de pesquisa na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II?

Sim () Não ()

Justifique:

.....

11. Até este momento, você está satisfeito com a evolução do aprendizado do seu aluno?

Sim () Não () Parcialmente ()

Justifique:

.....

12. Existe relacionamento/comunicação/integração entre:

- Professor-Professor Sim () Não () Parcialmente ()
Professor-Aluno Sim () Não () Parcialmente ()
Aluno-Aluno Sim () Não () Parcialmente ()
Professor-Enfermeiro Assistencial (de campo) Sim () Não () Parcialmente ()
Aluno-Enfermeiro Assistencial (de campo) Sim () Não () Parcialmente ()

Justifique:

.....

13. A sua unidade temática está preparando o aluno para:

- Realizar técnicas/procedimentos de enfermagem
- Assistir o paciente voltado para a doença básica (patologia)
- Realizar exame físico Realizar levantamento de problemas de enfermagem
- Prescrever os cuidados de enfermagem Evoluir o paciente
- Planejar a assistência de enfermagem Utilizar fundamentação teórica
- Todos citados acima
- Outro. Qual? Cite-o:

**14. Ao seu ver, quais são os aspectos que devem ser melhorados na Disciplina
Enfermagem Clínico-Cirúrgico I e II?**

.....

.....

.....

ANEXO IV

PREZADO ALUNO

Considerando minha participação no Mestrado em Assistência de Enfermagem, estou pretendendo desenvolver, como proposta de trabalho, uma **Integração das Unidades Temáticas** com a colaboração dos Discentes da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, do 3º ano, do 5º e 6º período do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Desta forma, venho mui respeitosamente solicitar o seguinte:

- **Participação do discente nesta proposta.**

- **Colaboração, no sentido de responder os questionários, os quais serão aplicados antes e após o planejamento e aplicação da Integração das Unidades temáticas.**

Desde já gostaria de assegurar ao Discente que estarei mantendo total sigilo e anonimato sobre cada participação.

Ressalto ainda que a cada Discente caberá a decisão pela participação, bem como a possibilidade de desistência, uma vez os trabalhos se tenham iniciado.

A participação voluntária não estará ligada a qualquer juízo de valor, ou seja, à atribuição de nota ou conceito.

Agradeço antecipadamente sua valiosa colaboração.

1. Sexo M () F () Idade
2. Você teve participação no planejamento de ensino da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II?
 Sim () Não ()
 Justifique sua resposta:
3. Assinale quais foram as etapas do plano de ensino da Disciplina em questão que você teve conhecimento prévio?
 Ementas Objetivos
 Conteúdo programático Carga horária das aulas teóricas e dos estágios
 Metodologia Recursos utilizados
 Critérios de avaliação Bibliografias
 Outro. Qual? Cite-o.....
4. Está sendo utilizado algum autor ou teoria como referência para a Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II?
 Sim () Não ()
 Caso sua resposta seja positiva descreva qual autor ou teoria que está sendo utilizado:
 Caso seja negativa, justifique.....
5. Os conteúdos trabalhados em sala de aula na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II são:
 Integrados Isolados Repetitivos
 Adequados com a sua realidade Inadequados com a sua realidade
 De fácil compreensão De difícil compreensão
 Buscados a partir da realidade prática e/ou estágio
 Correlacionados com a prática/estágio
 Abordados conforme a visão do professor

Pertinentes com o cotidiano Coerentes com os objetivos propostos

Outro. Qual? Cite-o:

6. Assinale os métodos de ensino mais utilizados na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II:

Aula expositiva (Professor transmite o conteúdo) Seminário

Trabalhos em grupo Debate com a classe toda

Estudo dirigido Instrução individualizada

Discussão de casos Palestras

Simulações Aulas práticas e laboratório

Outro. Qual? Cite-o

7. Você tem participado em sala de aula ou nos estágios, relatando experiências próprias, fazendo questionamentos, citando exemplos, etc.?

Muito Pouco As vezes

Justifique:

.....

8. Assinale os instrumentos de avaliação que estão sendo utilizados com maior frequência na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II:

Prova descritiva Prova objetiva

Prova descritiva e objetiva Prova prática

Prova oral Trabalho escrito

Trabalhos apresentados oralmente Estudos de casos

Observação do desempenho do aluno em aula ou em estágio

Outro. Qual? Cite-o

9. Você considera importante a realização de um trabalho de pesquisa na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II?

Sim () Não ()

Justifique:

.....

10. Até este momento, você está satisfeito com a evolução do seu aprendizado?

Sim () Não () Parcialmente ()

Justifique:

.....

11. Existe relacionamento/comunicação/integração entre:

Professor-Professor Sim () Não () Parcialmente ()

Professor-Aluno Sim () Não () Parcialmente ()

Aluno-Aluno Sim () Não () Parcialmente ()

Professor-Enfermeiro Assistencial (de campo) Sim () Não () Parcialmente ()

Aluno-Enfermeiro Assistencial (de campo) Sim () Não () Parcialmente ()

Justifique:

.....

12. A Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II está preparando você para:

() Realizar técnicas/procedimentos de enfermagem

() Assistir o paciente voltado para a doença básica (patologia)

() Realizar exame físico () Realizar levantamento de problemas de enfermagem

() Prescrever os cuidados de enfermagem () Evoluir o paciente

() Planejar a assistência de enfermagem () Utilizar fundamentação teórica

() Todos citados acima

() Outro. Qual? Cite-o:

13. Ao seu ver, quais são os aspectos a serem melhorados na Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgico I e II?

.....

.....

.....

ANEXO V

PREZADO ENFERMEIRO

Considerando minha participação no Mestrado em Assistência de Enfermagem, estou pretendendo desenvolver, como proposta de trabalho, uma **Integração das Unidades Temáticas** com a colaboração do Enfermeiro Assistencial do campo, onde o Docente da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II acompanha seus alunos em estágios.

Desta forma, venho mui respeitosamente solicitar o seguinte:

- **Participação do Enfermeiro Assistencial nesta proposta**

- **Colaboração, no sentido de responder os questionários, os quais serão aplicados antes e após o planejamento e aplicação da Integração das Unidades Temáticas.**

Desde já gostaria de assegurar ao Enfermeiro Assistencial que estarei mantendo total sigilo e anonimato sobre cada participação.

Ressalto ainda que a cada Enfermeiro Assistencial caberá a decisão pela participação, bem como a possibilidade de desistência, mesmo após haverem começado os trabalhos.

Agradeço antecipadamente sua valiosa colaboração.

1. Você tem participado na elaboração do plano de ensino da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica, que desenvolve estágios no seu campo?

Sim Não

Justifique:

.....

2. Você tem realizado encontros com os professores para discutir as questões de ensino e da assistência?

Sim Não

Justifique:

.....

3. No processo de melhoria do campo de prática como um todo, tem ocorrido a participação dos professores que atuam em estágios com alunos?

Sim Não

Justifique:

.....

4. Você tem tido conhecimento prévio dos objetivos e dos critérios de avaliação dos estágios que são desenvolvidos no seu campo de prática?

Sim Não

Justifique:

.....

5. Você tem participado/ajudado na orientação e na avaliação dos alunos que desenvolvem estágios no seu campo?

Sim Não

Justifique:

.....

.....

ANEXO VI

PREZADO PROFESSOR

Considerando minha participação no Mestrado em Assistência de Enfermagem, estou pretendendo desenvolver, como proposta de trabalho, uma **Integração das Unidades Temáticas** com a colaboração dos Docentes da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, do 3º ano, do 5º e 6º período do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Desta forma, venho mui respeitosamente solicitar o seguinte:

- **Participação do Docente nesta proposta.**

- **Permissão para gravar as reuniões a serem realizadas.**

Desde já gostaria de assegurar ao Docente que estarei mantendo total sigilo e anonimato e confiabilidade sobre cada participação. Ressalto ainda que a cada Docente caberá a decisão pela participação, bem como a possibilidade de desistência, mesmo após haverem começado os trabalhos.

Agradeço antecipadamente sua valiosa colaboração.

ANEXO VII

PREZADO ALUNO

Considerando minha participação no Mestrado em Assistência de Enfermagem, estou pretendendo desenvolver, como proposta de trabalho, uma **Integração das Unidades Temáticas** com a colaboração dos Discentes da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II, do 3º ano, do 5º e 6º período do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Desta forma, venho mui respeitosamente solicitar o seguinte:

- **Participação do Discente nesta proposta**

- **Permissão para gravar as reuniões a serem realizadas.**

Desde já gostaria de assegurar ao Discente que estarei mantendo total sigilo, anonimato e confidencialidade sobre cada participação. Ressalto ainda que a cada Discente caberá a decisão pela participação, bem como a possibilidade de desistência, mesmo após haverem começado os trabalhos. A participação voluntária não estará ligada a qualquer juízo de valor, ou seja, à atribuição de nota ou conceito.

Agradeço antecipadamente sua valiosa colaboração.

ANEXO VIII

PREZADO ENFERMEIRO

Considerando minha participação no Mestrado em Assistência de Enfermagem, estou pretendendo desenvolver, como proposta de trabalho, uma **Integração das Unidades Temáticas** com a colaboração do Enfermeiro Assistencial do campo, onde o Docente da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II acompanha seus alunos em estágios.

Desta forma, venho mui respeitosamente solicitar o seguinte:

- **Participação do Enfermeiro Assistencial nesta proposta.**
- **Permissão para gravar as reuniões a serem realizadas.**

Desde já gostaria de assegurar ao Enfermeiro Assistencial que estarei mantendo total sigilo e anonimato e confiabilidade sobre cada participação. Ressalto ainda que a cada Docente caberá a decisão pela participação, bem como a possibilidade de desistência, mesmo após haverem começado os trabalhos.

Agradeço antecipadamente sua valiosa colaboração.

ANEXO IX

PROGRAMA DA DISCIPLINA ENFERMAGEM CLÍNICO- CIRÚRGICA I E II

O Programa da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II contém a Unidade Introdutória, a Ficha de Avaliação da Unidade Introdutória e as 12 Unidades. A Unidade Introdutória, sendo considerada a base para as outras Unidades, foi descrita detalhadamente, enquanto que as 12 Unidades foram frisadas somente os conceitos-chave.

UNIDADE INTRODUTÓRIA

1. **CONCEITO CHAVE:** “SER HUMANO”

2. **PROPÓSITO:** Essa Unidade Introdutória tem como propósito proporcionar a cada aluno a oportunidade de expressar sua visão sobre o significado de Ser Humano. Com isso iniciar uma reflexão sobre esse significado, desenvolvendo a capacidade de análise crítica, de discussão com pessoas e com grupos. Ao mesmo tempo, estimular o seu interesse pelo Cuidado Humano, cuidando e confortando indivíduos e famílias, no contexto em que vivem.

3. **APTIDÕES:**
 - Identificar o significado de Ser Humano para melhorar a qualidade do cuidado.
 - Reconhecer a maneira de se compreender como Ser Humano cuidador.
 - Compreender o Ser Humano dentro do seu contexto sócio-econômico-cultural.
 - Entender a posição que ocupa como cidadão no mundo em que vive para respeitar a totalidade e dignidade humana.

4. HORAS ATIVIDADES: 12 HORAS

5. ATIVIDADES: Seqüências de atividades do educando e do educador

SEQÜÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
<p>1. Desenhar o ser humano. Cada grupo será responsável pela confecção de uma parte do ser humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora (Sábado – 26/02) • 7:30 às 8:30 	<p>1. Dividir os alunos em 8 grupos contendo 7 alunos em cada grupo. Orientar a atividade. Distribuir as cartolinas de modo que cada grupo confeccione uma parte do ser humano. Ex.: um grupo a cabeça, outro o pescoço, outro o tórax, outro o abdome, etc. Pedir para cada grupo colar a sua parte no Quadro negro montando um ser humano. Levar os grupos a falarem sobre o que estão vendo e como estão considerando este ser humano.</p>
<p>2. Descrever o significado de Ser Humano (Ser Holístico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 min. (Sábado –26/02). • 8:30 às 9:00 	<p>2. Dividir os alunos em 8 grupos, contendo em cada grupo 6 alunos. Estimular a descrição sem interferir na opinião dos alunos. Os significados devem ser registrados(figuras, desenhos) para serem trabalhados ao longo do processo.</p>
<p>3. Assistir, analisar e discutir o filme “Medidas Extremas”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 horas (Sábado – 26/02). • 9:20 às 11:20 	<p>3. Após assistirem ao filme, dividir os alunos em grupos. Estimular a discussão sem interferir na opinião dos alunos. As discussões devem ser registradas.</p>
<p>4. Sistematizar as respostas da atividade n.º 1 e comparar com as análises da atividade n.º 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 min. (6ª Feira – 03/03). • 7:30 às 7:50 	<p>4. Consolidar as respostas dos passos 1 e 2, agrupando os significados de Ser Humano (Ser Holístico). Os resultados devem ficar registrados para comparações futuras.</p>
<p>5. Identificar nos estudos de casos as situações comprometidas com a visão holística do ser humano e comparar com a sua realidade no dia a dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora e 20min. (6ª Feira – 03/03). • 7:50 às 9:10 	<p>5. Dividir os alunos em 8 grupos, contendo 7 alunos em cada grupo. Ajudar o grupo a perceber as situações que comprometem a visão do indivíduo como um todo. Estimular, ainda, a identificação das formas de resolução dessas situações problemas. Registrar o resultado desta atividade em papéis.</p>

SEQUÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
<p>6. Ler e discutir o texto sobre: “Ser Humano (Ser Holístico)”</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 horas (5ª Feira – 09/03). • 8:00 às 9:10 / 9:30 às 10:20 	<p>6. Dividir em pequenos grupos. Acompanhar a leitura e destacar os pontos importantes. Esclarecer dúvidas e complementar com informações, se necessário.</p>
<p>7. Comparar as conclusões da atividade n.º 3 com os dados discutidos na atividade n.º 4, sistematizando-os.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora 20min. (5ª Feira – 09/03). • 10:20 às 11:40 	<p>7. Trabalhar com todo o grupo, exercitando a capacidade de expressão de vivências. Destacar as variações de percepção de diferentes pessoas sobre o significado, apesar de viverem no mesmo espaço social. Procurar explicações mediante referências teóricas para as possíveis diferenças e semelhanças encontradas nessas comparações.</p>

6. DIVISÃO DAS HORAS DE ATIVIDADES DO PRIMEIRO BIMESTRE

SEMANA	DIA	HORA	EDUCADOR	CONCEITO-CHAVE
6ª Feira	25/02	7:30 às 9:10 1h 40 min.	Grupo participante	Apresentações Apresentação do Programa
Sábado	26/02	7:30 às 9:10	Animadora D1, D2, D4, A1, A2, E1 e E2	Apresentações Ser Humano
Sábado	26/02	9:30 às 11:10	Animadora D1, D2, D4, A1, A2, E1 e E2	Ser Humano
6ª Feira	03/03	7:30 às 9:10	Animadora D3	Ser Humano
5ª Feira	09/03	8:00 às 9:10	Animadora D1, D2 e D4	Ser Humano
5ª Feira	09/03	9:30 às 11:40	Animadora D1, D2 e D4	Ser Humano

UNIDADE INTRODUTÓRIA

1. CONCEITO-CHAVE: “CUIDADO”

2. PROPÓSITO: Essa Unidade Introdutória pretende proporcionar aos alunos um estudo do Cuidado, mediante a descrição dos conceitos: cuidar/cuidado, cuidado humano e cuidado profissional. Busca ainda correlacionar esses conceitos com a concepção do processo de cuidar. Ao mesmo tempo, permite identificar e interpretar as fases do processo de cuidar, inter-relacionando-as com as experiências práticas, por meio de filmes e estudos de casos.

3. APTIDÕES:

- Distinguir os significados de cuidar, cuidado, cuidado humano e cuidado profissional.
- Fundamentar teoricamente o processo de cuidar.
- Desenvolver a percepção das necessidades do indivíduo, família, grupo (sociedade) que demanda o cuidado humano e profissional.
- Levantar as situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso na saúde individual e coletiva.
- Relacionar os aspectos sociais, culturais, espirituais, ético-legais e políticos nas situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso.
- Determinar os objetivos a serem alcançados para solução das situações-problemas.
- Planejar ações de enfermagem para e com o cliente/ser cuidado adulto e idoso.
- Utilizar a pesquisa científica para justificar as ações de enfermagem.
- Implementar os cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado adulto e idoso.
- Registrar a evolução do cliente/ser cuidado adulto e idoso.
- Avaliar o desenvolvimento do processo de cuidar realizado para e com o cliente/ser cuidado adulto e idoso.

4. HORAS ATIVIDADES: 28 HORAS

5. ATIVIDADES: Sequências de atividades do educando e do educador

SEQUÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
<p>1. Descrever o que entendem por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Cuidar/Cuidado ↳ Cuidado Humano ↳ Cuidado Profissional (limites) • 1 hora e 40min. (6ª Feira – 10/03). • 7:30 às 9:10 	<p>1. Dividir os alunos em grupos. Conduzir a discussão de forma que os grupos estabeleçam as diferenças entre os conceitos, buscando exemplos para cada significado. Os significados devem ser registrados em cartazes para serem trabalhados ao longo do processo.</p>
<p>2. Assistir, analisar e discutir o filme “Patch Adams – O Amor é Contagioso”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 horas (Sábado – 11/03). • 7:30 às 9:30 	<p>2. Após assistirem ao filme, dividir os alunos em grupos. Estimular a discussão sem interferir na opinião dos alunos. As discussões devem ser registradas.</p>
<p>3. Sistematizar as respostas da atividade n.º 1 e comparar com as análises da atividade n.º 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 min. (Sábado – 11/03). • 9:50 às 10:10 	<p>3. Consolidar as respostas dos passos 1 e 2, agrupando os significados de Cuidar, Cuidado, Cuidado Humano e Cuidado Profissional. Os resultados devem ficar registrados para comparações futuras.</p>
<p>4. Ler e discutir o texto sobre: “Cuidar, Cuidado, Cuidado Humano e Cuidado Profissional”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora (Sábado – 11/03). • 10:10 às 11:10 	<p>4. Dividir em pequenos grupos. Acompanhar a leitura e destacar os pontos importantes. Esclarecer dúvidas e complementar com informações, se necessário. Orientar a leitura de textos selecionados extra classe.</p>
<p>5. Avaliar o Processo ensino-aprendizagem da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgica I e II até momento atual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30min. (6ª Feira – 17/03) • 7:30 às 8:00 	<p>5. Orientar o processo de avaliação.</p>
<p>6. Comparar as conclusões da atividade n.º 3 com os dados discutidos na atividade n.º 4, sistematizando-os.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora 10min (6ª Feira – 17/03). • 8:00 às 9:10 	<p>6. Ajudar o grupo a fazer a síntese das discussões. Anotar os dados em cartolina, para serem apresentados na próxima atividade.</p>
<p>7. Participar, sugerir e discutir sobre os dados compilados da avaliação realizada no dia anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora (Sábado – 18/03) • 7:45 às 8:45 	<p>7. Apresentar o resultado da avaliação realizada no dia anterior (17/03). Esclarecer dúvidas e apresentar soluções para os problemas apresentados.</p>
<p>8. Apresentar em plenária o resultado da atividade n.º 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora (Sábado – 18/03). • 8:45 às 9:05 Intervalo • 9:05 às 10:05 	<p>8. Participar da atividade. Estimular os alunos a identificar os diferentes significados dos conceitos discutidos, iniciando a inter-relação entre eles.</p>

SEQUÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
<p>9. Resgatar as idéias coletivas da atividade n.º 6 de cada grupo. Categorizar os diferentes significados de cada conceito. Elaborar um conceito final de Cuidar, Cuidado, Cuidado Humano e Cuidado Profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora e 05min. (Sábado – 18/03). • 10:05 às 11:10 	<p>9. Trabalhar com todo o grupo, exercitando a capacidade de expressão de vivências. Valorizar as variações de percepção de diferentes pessoas sobre os significados, apesar de viverem no mesmo espaço social. Procurar explicações para as possíveis diferenças e semelhanças encontradas nessas comparações.</p>

6. DIVISÃO DAS HORAS DE ATIVIDADES DO PRIMEIRO BIMESTRE

SEMANA	DIA	HORA	EDUCADOR	CONCEITO CHAVE
6ª Feira	10/03	7:30 às 9:10	Animadora D3	Cuidar/Cuidado, Cuidado Humano
Sábado	11/03	7:30 às 9:10	Animadora D1, D2, D4	Cuidar/Cuidado, Cuidado Humano
Sábado	11/03	9:30 às 11:10	Animadora D1, D2, D4	Cuidar/Cuidado, Cuidado Humano
6ª Feira	17/03	7:30 às 9:10	Animadora D4	Cuidar/Cuidado, Cuidado Humano
Sábado	18/03	7:30 às 11:10	Animadora D1, D2, D4	Cuidar/Cuidado, Cuidado Humano

7. ATIVIDADES: Sequências de atividades do educando e do educador

SEQUÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
<p>1. Ler e discutir sobre o texto “Processo de cuidar” = Discutir as Seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ O que significa Processo e Processo de cuidar? ↳ Quais são as Fases do Processo de Cuidar? ↳ Conceituar cada fase do Processo de Cuidar. <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora 40min. (6ª Feira – 24/03) • 7:30 às 9:10 	<p>1. Dividir os alunos em pequenos grupos. Apoiar a leitura, esclarecendo dúvidas. Estimular a discussão e descrição sobre o processo de cuidar e sua aplicação na prática. Levar os alunos a identificar o significado de processo de cuidar, listando e conceituando as fases que constituem o processo de cuidar. As respostas devem ser registradas para serem trabalhadas ao longo do processo. Orientar pesquisa bibliográfica para desenvolver o processo de cuidar no dia 25/03.</p>
<p>2. Ler e analisar os estudos de casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora 40min. (Sábado – 25/03) • 7:30 às 9:10 • 9:10 às 9:30 Intervalo 	<p>2. Apoiar a atividade esclarecendo as dúvidas. Distribuir para os grupos de alunos modelos de estudos de casos, experienciados e/ou vivenciados na prática.</p>

SEQÜÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
<p>3. Desenvolver um processo de cuidar mediante a utilização de estudos de casos, distribuídos e lidos na atividade n.º 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Fundamentar teoricamente o processo de cuidar. b) Perceber as necessidades do indivíduo, família, grupo (sociedade) que demandam o cuidado humano e profissional. c) Levantar as situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso na saúde individual e coletiva. d) Relacionar os aspectos sociais, culturais, espirituais, ético-legais e políticos nas situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso. e) Determinar os objetivos a serem alcançados para solução das situações-problemas. f) Planejar ações de enfermagem para e com o cliente/ser cuidado adulto e idoso. g) Utilizar a pesquisa científica para justificar as ações de enfermagem. <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora 40min. (Sábado 25/03) • 9:30 às 11:10 • 1 hora 40min. (6ª Feira – 31/03) • 7:30 às 9:10 	<p>3. Dividir em grupos e orientar a atividade pedindo aos alunos que registrem todas as etapas do processo de cuidar, especificando as atividades desenvolvidas em cada uma delas e quem as executa, isto é, qual o elemento da equipe de enfermagem que desempenha esta atribuição. As etapas devem ser registradas para análise posterior.</p>
<p>4. Apresentar o estudo do processo de cuidar feito na atividade n. 3 por meio de seminário.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 horas 20min. (Sábado – ¼). • 7:30 às 11:10 	<p>4. Participar da atividade, levando os alunos a identificar as diferentes especificidades do processo de cuidar que foram desenvolvidas. Analisar a fragmentação do processo de cuidar, levando o aluno a refletir sobre formas de superação deste problema. Essa atitude garante a integralidade do indivíduo e do cuidar.</p>

8. DIVISÃO DAS HORAS DE ATIVIDADES DO PRIMEIRO BIMESTRE

SEMANA	DIA	HORA	EDUCADOR	CONCEITO-CHAVE
6ª Feira	24/03	7:30 às 9:10	Animadora D3	Processo de Cuidar
Sábado	25/03	7:30 às 9:10	Animadora D1, D2, D4	Processo de Cuidar
Sábado	25/03	9:30 às 11:10	Animadora D1, D2, D4	Processo de Cuidar
6ª Feira	31/03	7:30 às 9:10	Animadora D3	Processo de Cuidar
Sábado	01/04	7:30 às 9:10	Animadora D1, D2, D4	Processo de Cuidar
Sábado	01/04	9:30 às 11:10	Animadora D1, D2, D4	Processo de Cuidar
6ª Feira	07/04	7:30 às 9:10	Animadora D3	Revisão da Unidade Introdutória
Sábado	08/04	7:30 às 11:10	Animadora D1, D2, D4	Avaliação da Unidade Introdutória

FICHA DE AVALIAÇÃO DA UNIDADE INTRODUTÓRIA

SEQÜÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
<p>1. Assistir, analisar e discutir o filme “Tudo por Amor”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora 50min. (Sábado 08/04). • 7:30 às 9:20 • 9:20 às 9:40 Intervalo 	<p>1. Participar da atividade assistindo ao filme.</p>
<p>2. Responder as questões abaixo:</p> <p>a) O protagonista foi considerado como um Ser Humano (Ser Holístico) no filme? Justifique sua resposta.</p> <p>b) Como você classifica o cuidado desenvolvido por Hilary (Julia Roberts) ao cliente/ser cuidado? Justifique sua resposta.</p> <p>c) Quais foram os limites ultrapassados por Hilary (Julia Roberts) se ela fosse realmente uma Enfermeira e como deveria ser a sua postura profissional?</p> <p>d) Desenvolva o processo de cuidar para este cliente/ser cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Levantar as situações-problemas do cliente/ser cuidado; ↳ Relacionar os aspectos sociais, culturais, espirituais, ético-legais e políticos nas situações-problemas do cliente/ser cuidado; ↳ Determinar os objetivos a serem alcançados para a solução das situações-problemas; ↳ Planejar as ações de enfermagem para o cliente/ser cuidado; ↳ Utilizar a pesquisa científica para justificar as ações de enfermagem. <ul style="list-style-type: none"> • 2 horas 20min. (Sábado – 08/04) • 9:40 às 12:00 	<p>2. Orientar pesquisa bibliográfica durante a avaliação. Distribuir a ficha de avaliação, contendo as questões a serem respondidas. Esclarecer as dúvidas da ficha de avaliação. Dividir os alunos em dupla.</p>

12 UNIDADES

PRIMEIRA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: ASPECTOS HISTÓRICOS E ÉTICOS-LEGAIS DO SER HUMANO.

1. Trabalhador

- Constituição dos serviços – origem e legislação
- Homem – Meio – Legislação (equilíbrio)
- Norma Regulamentadora n.º 1, 2, 3 e 4
- Recomendações da OIT

2. Adulto e idoso no cuidado pré-hospitalar

3. Adulto e idoso hospitalizado

- Constituição, direitos e deveres do adulto e idoso. Aspectos éticos-legais da Enfermagem em Centro Cirúrgico, Central de Material e Sala de Recuperação Anestésica.
- Definições e finalidades das Unidades Temáticas Enfermagem Clínica, Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Central de Material e Sala de Recuperação Pós-anestésica
- Histórico do desenvolvimento da cirurgia. Fases da hemostasia, assepsia e anestesia
- Centro Cirúrgico dentro do contexto do SUS

SEGUNDA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOR PROFISSIONAL ENFERMEIRO.

1. Na saúde do trabalhador

- Enfermagem na relação homem-trabalho nas diversas etapas da vida (como deve ser o homem consigo e com o outro)
- O homem enfrentando o mercado: na formação, no trabalho, na aposentadoria, no auto-cuidado

2. No cuidado pré-hospitalar

3. No cuidado hospitalar

- Perfil/função/atribuição do enfermeiro em Unidade Clínica, Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Central de Material e Sala de Recuperação Anestésica no contexto atual.

- Elaboração do mapa cirúrgico pelo enfermeiro.
- Seleção dos recursos humanos necessários para estas unidades.
- A valorização do trabalho do enfermeiro dentro da equipe.

TERCEIRA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CARACTERIZAÇÃO DO MEIO AMBIENTE.

1. Aspectos estruturais e/ou arquitetônicos. Mobiliários e equipamentos.

- **No trabalho:** Norma Reguladora n.º 7 (Controle da saúde); Norma Reguladora n.º 9 (Controle do ambiente – segurança); Norma Reguladora n.º 17 (Ergonomia); Convenção n.º OIT (Meio ambiente de trabalho); Convenção n.º 161 OIT (Constituição do serviço de saúde)
- **No hospital:** Unidades Clínica, Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Central de Material e Sala de Recuperação Pós-anestésica: fluxograma de pessoal, equipamentos, materiais e dinâmica de funcionamento

2. Biosegurança (Prevenção dos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicossocial - OMS)

- **No trabalho:** Norma Reguladora n.º 5 (CIPA – mapeamento dos riscos) e Convenção n.º 148 OIT (Riscos Ambientais)
- **No hospital:** Unidades Clínica, Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Central de Material e Sala de Recuperação Pós-anestésica.

3. Infecção

- **Comunitária**
- **Hospitalar:** Conceito de infecção hospitalar; infecção endógena e exógena; fatores de riscos; recomendações do C.D.C. de Atlanta para prevenção e controle da Infecção da ferida cirúrgica; classificação das cirurgias por potencial de contaminação; padrões mínimos de controle de infecção em CC; controle da contaminação ambiental da sala cirúrgica. Métodos e técnicas de processamento de materiais e artigos hospitalares: a) classificação dos artigos hospitalares em críticos, semi-críticos e não críticos; termo-resistentes e termo-sensíveis, b) processos de esterilização e desinfecção: conceitos; agentes químicos (aldeído, óxido de etileno, peróxido de hidrogênio, pastilha de formaldeído) e físicos (calor seco – estufa e

calor úmido – autoclave e pasteurizadora); e c) Integradores e indicadores químicos e biológicos usados no controle da qualidade da esterilização.

QUARTA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES NO PERI-OPERATÓRIO.

1. Pré-operatório mediato e imediato:

- Planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado no período pré-operatório mediato: Objetivos da cirurgia e sua classificação quanto à evolução da lesão. Terminologia cirúrgica. Visita e ensino pré-operatório. Respostas ao estresse cirúrgico
- Planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado no período pré-operatório imediato: preparo do cliente no dia da cirurgia e transporte do cliente para a sala cirúrgica

2. Trans-operatório:

- Planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado no período trans-operatório: Padrões de prática da AORN; Situações-problemas/Diagnóstico de enfermagem mais comuns; Planejamento, montagem e circulação da sala cirúrgica (atribuições do enfermeiro); Recepção do cliente no centro cirúrgico: a) identificação e encaminhamento para a sala; b) Realização de procedimentos invasivos pré-cirúrgicos: punções venosas, arteriais, de subclávia, sondagens vesical e gástrica; c) Posições do cliente na mesa cirúrgica; d) Cuidados de enfermagem ao cliente durante o ato anestésico; e) Monitorização do cliente durante o ato cirúrgico; f) Cuidados de enfermagem na finalização do ato cirúrgico.

3. Pós-operatório imediato e mediato:

- Planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado no período pós-operatório imediato: admissão/recepção do cliente na unidade de recuperação anestésica; avaliação básica imediata, principalmente da dor aguda; instrumento de avaliação de recuperação anestésica – Escala de Aldrete Kroulik; situações-problemas de enfermagem mais comuns e prescrição de enfermagem no período pós-anestésico imediato; avaliação e intervenção no caso de complicações pós-operatórias; e alta da recuperação anestésica.

- Planejamento dos cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado no período pós-operatório mediato: desenvolver o Processo de Cuidar: receber o cliente/ser cuidado na unidade cirúrgica, realizar a avaliação inicial observando e anotando, caso haja, complicações pós-operatórias, planejar e implementar os cuidados para e com o cliente/ser cuidado e registrar a evolução no prontuário do cliente/ser cuidado.

QUINTA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES COM ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS.

SEXTA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES COM ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES.

SÉTIMA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES COM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES.

OITAVA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES COM ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS.

NONA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES COM ALTERAÇÕES GASTRO-INTESTINAIS.

DÉCIMA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM ALTERAÇÕES RENAIIS E URINÁRIAS.

DÉCIMA PRIMEIRA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES EM SITUAÇÕES LIMITANTES.

DÉCIMA SEGUNDA UNIDADE

CONCEITO-CHAVE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES EM SITUAÇÕES EMERGENCIAIS.

A Unidade Introdutória (Ser Humano e Cuidado) e as 12 Unidades seriam trabalhadas ao mesmo tempo por todos os docentes em situações diferenciadas (Primeiros Socorros, Saúde Ocupacional, Enfermagem Clínica, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem em Centro-Cirúrgico). Dessa forma o educando poderia estabelecer relação entre as situações diversificadas numa estrutura mais ampla, ou seja, relacionando-os com determinados núcleos ordenados, tendo em vista o conceito-chave.

Esta Unidade Introdutória (Ser Humano e Cuidado) e as 12 Unidades seriam enfatizadas/aplicadas nas atividades práticas dos estágios supervisionados. Para os estágios, preparamos as atividades do educando e do instrutor/facilitador; montamos uma ficha de Processo de Cuidar para ser utilizado nas aulas teóricas e nos estágios; e elaboramos uma Ficha de Avaliação. A seguir apresento todas essas etapas.

ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

PRÁTICAS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

ATIVIDADES: seqüências de atividades do educando e do educador

SEQÜÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
1. Ir aos campos de estágios conforme cronograma.	1. Distribuir os 10 alunos do Estágio de Enfermagem Clínica, na primeira semana, nos exames complementares e, nas três últimas semanas, na Unidade Clínica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia. 1. Distribuir os 10 alunos do Estágio de Enfermagem Cirúrgica na Unidade Cirúrgica do HUC. 1. Distribuir os 10 alunos do Estágio de Enfermagem em Centro Cirúrgico e Centro de Material nestas unidades do HUC. 1. Acompanhar e orientar os 10 alunos do Estágio de Primeiros Socorros no laboratório de enfermagem da PUC-PR 1. Acompanhar e orientar os 10 alunos do Estágio de Saúde Ocupacional na visita ao próprio local onde estudam, ao HUC e à Fazenda Galha Azul da PUCPR
2. Reconhecer a maneira de compreender-se como Ser Humano cuidador.	2. Reconhecer a maneira de compreender-se como Ser Humano cuidador.
3. Compreender o Ser Humano dentro do seu contexto sócio-econômico-cultural.	3. Compreender o Ser Humano dentro do seu contexto sócio-econômico-cultural.
4. Entender a posição que ocupa como cidadão no mundo em que vive para respeitar a totalidade e dignidade humana.	4. Entender a posição que ocupa como cidadão no mundo em que vive para respeitar a totalidade e dignidade humana.
5. Desenvolver o processo de cuidar.	5. Através da supervisão direta, acompanhar, avaliar e reorientar, quando necessário, o desempenho das atividades ao lado enumeradas, registrando nas fichas de avaliação a evolução do desenvolvimento do processo de cuidar.

SEQUÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
6. Fundamentar teoricamente o processo de cuidar.	6. Auxiliar na fundamentação do processo de cuidar.
<p>7. Desenvolver a percepção das necessidades do indivíduo, família, grupo (sociedade) que demandam o cuidado humano.</p> <p>**Mostrar o seu lado humano, compartilhando “histórias” (trocando contos sobre interesses e atividades especiais).</p> <p>** Conhecer o processo de trabalho. Ir aos locais onde o indivíduo trabalha.</p>	<p>7. Apoiar o levantamento, realizado pelo aluno, das percepções das necessidades procurando ter contato direto com o cliente/ser cuidado, família e grupo. Obs. a situação, a história de vida do cliente/ser cuidado discutindo com o aluno a importância destas percepções. Incentivar a interação aluno/cuidador com o cliente/ser cuidado. Considerar as diferenças de contextos sociais dos alunos. Mostrar o seu lado humano, compartilhando “histórias” (trocando contos sobre interesses e atividades especiais).</p>
<p>8. Levantar as situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso na saúde individual e coletiva.</p> <p>** Identificar as ações de trabalho que podem provocar danos/desequilíbrios à saúde.</p>	<p>8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.</p> <p>Supervisionar, analisar resultados, identificar problemas de desempenho e rever se necessário o levantamento das situações problemas do cliente/ser cuidado, a relação dos aspectos sociais, culturais, espirituais, ético-legais e políticos nas situações problemas do cliente/ser cuidado, a determinação dos objetivos, as prescrições de enfermagem as justificativas das prescrições, a evolução de enf. e a avaliação do processo de cuidar. Discutir as dificuldades, complementar com informações e expor alternativas aplicáveis.</p>
9. Relacionar os aspectos sociais, culturais, espirituais, ético-legais e políticos nas situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso.	
10. Determinar os objetivos a serem alcançados para solução das situações problemas.	
11. Planejar ações de enfermagem para e com o cliente/ser cuidado adulto e idoso.	
12. Utilizar a pesquisa científica para justificar as ações de enfermagem	
13. Implementar os cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado adulto e idoso	
14. Registrar a evolução do cliente/ser cuidado adulto e idoso.	

SEQÜÊNCIAS DE ATIVIDADES DO EDUCANDO	ORIENTAÇÃO PARA O INSTRUTOR/FACILITADOR
15. Avaliar o desenvolvimento do processo de cuidar realizado para e com o cliente/ser cuidado adulto e idoso	
16. Promover interação/relação com o grupo, com os professores e com a equipe multidisciplinar	
17. Demonstrar interesse, iniciativa e capacidade de observação.	
18. Adotar uma postura profissional (pontualidade, assiduidade, compromisso, vestimenta apropriada).	
19. Desenvolver habilidades psicomotoras (técnicas para a realização do cuidado de enfermagem para e com o cliente/ser cuidado).	

FICHA DO PROCESSO DE CUIDAR DE ENFERMAGEM

1. AVALIAÇÃO INICIAL = Perceber as necessidades do indivíduo, família e grupo (sociedade) que demandam um cuidado humano e profissional. Mostrar o seu lado humano (discente), compartilhando "histórias" (trocando contos sobre interesses e atividades especiais).

SITUAÇÕES-PROBLEMAS (Levantar as situações-problemas e relacionar os aspectos sociais, culturais, espirituais, ético-legais e políticos)	OBJETIVOS/RESULTADOS (Determinar os objetivos/resultados a serem alcançados para solução das situações-problemas).
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS

1. Reconhecer a maneira de compreender-se como Ser Humano Cuidador.
2. Compreender o Ser Humano dentro do seu contexto bio-psico-sócio-econômico-político-cultural.
3. Entender a posição que ocupa como cidadão no mundo em que vive para respeitar a totalidade e dignidade humana.
4. Desenvolver o processo de cuidar:
 - Fundamentar teoricamente o processo de cuidar.
 - Desenvolver a percepção das necessidades do indivíduo, família, grupo (sociedade) que demandam o cuidado humano e profissional. **Mostrar o seu lado humano, compartilhando “histórias” (trocando contos sobre interesses e atividades especiais).** ** Conhecer o processo de trabalho. Ir aos locais onde o indivíduo trabalha.
 - Levantar as situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso na saúde individual e coletiva. ** Identificar as ações de trabalho que podem provocar danos/desequilíbrios à saúde.
 - Relacionar os aspectos sociais, culturais, espirituais, ético-legais e políticos nas situações-problemas do cliente/ser cuidado adulto e idoso.
 - Determinar os objetivos/resultados a serem alcançados para solução das situações problemas.
 - Planejar ações de enfermagem para e com o cliente/ser cuidado adulto e idoso.
 - Utilizar a pesquisa científica para justificar as ações de enfermagem.
 - Implementar os cuidados de enfermagem ao cliente/ser cuidado adulto e idoso.
 - Registrar a evolução do cliente/ser cuidado adulto e idoso.
 - Avaliar o desenvolvimento do processo de cuidar realizado para e com o cliente/ser cuidado adulto e idoso.
5. Observar/analisar o papel do Enfermeiro nas unidades.
6. Promover interação/relação com o grupo, com os professores e com a equipe multidisciplinar.
7. Demonstrar interesse, iniciativa e capacidade de observação.
8. Adotar uma Postura Profissional:

- Pontualidade; assiduidade
 - Compromisso.
 - Vestimenta apropriada.
9. Desenvolver habilidades psicomotoras (técnicas) para realização do cuidado de enfermagem para e com o cliente/ser cuidado:
- Unidades Clínica e Cirúrgica: realizar cuidados de enfermagem com sondas, drenos, punções, catéteres, gesso, trações, curativos, medicações, exames complementares.....
 - Unidade Centro Cirúrgico: observar o fluxograma do CC; observar e avaliar o controle da infecção em CC, mediante o instrumento dos Padrões Mínimos; auxiliar na circulação de salas cirúrgicas; auxiliar na paramentação cirúrgica; observar e compreender o funcionamento do carrinho de anestesia; observar e auxiliar o anestesista durante os procedimentos anestésicos; manipular a mesa operatória e pesquisar as posições disponíveis; auxiliar no posicionamento do cliente com segurança para o ato cirúrgico; instalar o oxímetro; manusear um bisturi elétrico e instalar a placa dispersora no cliente; observar e avaliar o cuidado com o ambiente, materiais, equipamentos, roupas e lixos, após o ato cirúrgico; realizar o registro da ficha própria para o débito de sala, bem como de outros impressos disponíveis; encaminhar material para o anátomo-patológico devidamente registrado; preencher protocolo do processo de cuidar no trans-operatório
 - Sala de Recuperação Pós-anestésica: cuidar do cliente/ser cuidado na recuperação pós-anestésica; aplicar a escala de Aldrete Kroulik.
 - Central de Material: acompanhar as fases do processamento dos materiais e artigos hospitalares; montar as caixas cirúrgicas e esterilizá-las; observar o funcionamento da estufa, autoclave e termo-desinfetadora; registrar o controle dos materiais processados pelo Centro de Material e distribuídos às clínicas; analisar o fluxograma do Centro de Material; observar os métodos de controle da qualidade da esterilização.

Essa Ficha de Avaliação anteriormente citada, foi colocada nas pastas de cada discente. Após o término de cada estágio os docentes faziam a avaliação descritiva utilizando essa ficha para direcionar os critérios. Durante o andamento dos estágios o aluno teria contato com essa avaliação descritiva do docente sendo que discutiriam sobre a mesma.