

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM
FREIRIANA COM MÃES/FAMÍLIAS DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

FLORIANÓPOLIS, 22 DE DEZEMBRO DE 1999

ELISABETA ROSELI ECKERT

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM FREIRIANA
COM MÃES/FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

**Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do grau de Mestre em Assistência de
Enfermagem. Curso de Pós-Graduação em
Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina.**

**ORIENTADORA:
PROF^a. DR^a MARIA ITAYRA COELHO DE SOUZA PADILHA**

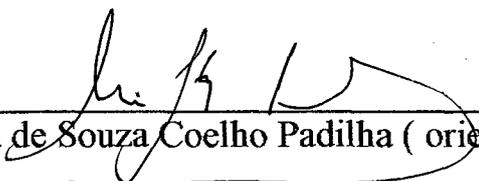
FLORIANÓPOLIS, 22 DE DEZEMBRO DE 1999

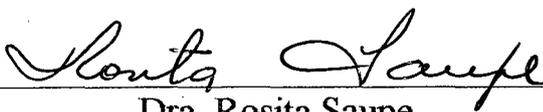
ELISABETA ROSELI ECKERT

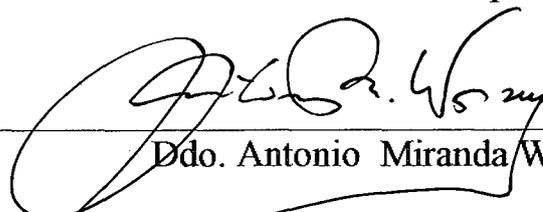
**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM FREIRIANA COM
MÃES/FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

**Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em
Assistência de enfermagem no Curso de Pós-Graduação de Enfermagem
da Universidade Federal de Santa Catarina.**

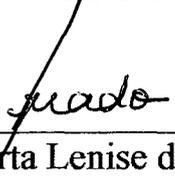
BANCA EXAMINADORA:


Dra. Maria Itayra de Souza Coelho Padilha (orientadora)


Dra. Rosita Saupe


Ddo. Antonio Miranda Wosny


Dra. Cleusa Rios


Dra. Marta Lenise do Prado (Suplente)

FLORIANÓPOLIS, 22 DE DEZEMBRO 1999

In memoriam

À *José Arno Eckert*, e a minha mãe
Ilka Royer, pelo amor que dedicaram
e pelas lições de vida que deixaram,
suas presenças continuam vivas na
ausência sentida.

...meu reconhecimento....e agradecimento especial...

À **Dr^a Maria Itayra**, minha orientadora querida...que me auxiliou neste caminhar, com dedicação, competência e carinho.

Ao **Dr. Ivo**, meu orientador na elaboração do projeto deste trabalho, que contribuiu significativamente com o meu crescimento.

Às **Famílias** deste estudo, pessoas fundamentais na realização deste trabalho.

...agradecimentos...

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

Aos meus filhos, *Eduardo e Mateus*, a razão maior desta caminhada, os meus grandes amores.

Ao *Volnei*, meu “príncipe,” pelo amor, pela paciência dedicada.

À Dra *Rosita Saupe*, à Dra *Cleusa Rios Martins*, ao Doutorando *Antonio de Miranda Wosny* e à Dra *Marta Lenise do Prado*, por aceitarem compor a banca para avaliar este estudo e por suas valiosas contribuições.

Aos professores do *Curso de Mestrado* pela experiência e conhecimentos compartilhados.

As minhas amigas, *Mila, Edilza, Miriam, Fátima, Rosangela e Odaléia*, cujas presenças e palavras, muitas vezes, são as que nos mantém caminhando.

À Chefia do Departamento de Enfermagem, *Marta e Vera*, pelo apoio e colaboração durante todo o período de formação.

Às secretárias da Pós-Graduação *Cecília e Helena*, pelo apoio e pela paciência no atendimento.

À *Ana*, pela disponibilidade carinhosa em ajudar-me na digitação.

Aos colegas do *Mestrado*, pelo privilégio de tê-los conhecidos e compartilhado momentos tão marcantes, e em especial *Mila, Rosangela e Odaléia* que mantém os nossos encontros mensais prazerosos e duradouros.

As colegas da Disciplina Intercorrências Médicas *Edilza, Rosane e Ana Isabel*, que facilitaram a minha saída parcial, favorecendo as coberturas necessárias.

A *todos* que direta ou indiretamente, contribuíram para que esta etapa se concretizasse.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo desenvolver uma prática educativa com famílias de crianças hospitalizadas, tendo como base um referencial teórico, fundamentado na visão educacional de Paulo Freire. Foi desenvolvido na unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, durante os meses de junho e julho de 1999 e constituiu-se de seis encontros, com a participação de seis famílias/mães. Como metodologia de trabalho, foi utilizado o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que tem como pano de fundo uma proposta pedagógica problematizadora. Compreendeu de cinco etapas intimamente relacionadas, ocorridas de forma dinâmica, denominadas de: Aproximar as mães/famílias; Formar o grupo; Conhecer a realidade do grupo-levantamento dos temas geradores; Planejar as ações educativas; e Capacitar para uma práxis (reflexão-ação) pela discussão temática. Nos encontros, a partir das falas das mães/famílias sobre a sua realidade, surgiu como eixo catalizador da unidade temática, as condições de vida, que após problematizadas geraram o tema: saúde e higiene ambiental; a partir das discussões sobre o cuidar da saúde dos seus membros e as dificuldades que se defrontam gerou o tema saúde e emprego e, a partir do contexto de internação gerou lavar as mãos. O desafio deste trabalho foi a possibilidade de reconstruir a prática educativa sob novos fundamentos e a possibilidade de torná-la uma experiência criadora, mediada pelo diálogo. O estudo permitiu concluir que é possível operacionalizar a concepção educacional freireana no processo educativo, possibilitou às mães/famílias pelo diálogo, a reflexão em torno do vivido, buscando e ampliando em saúde o conhecimento pelo processo de construção.

ABSTRACT

The study, seeking to develop an educative practice amidst hospitalized children, had as its foundation a theoretical framework according to Paulo Freire's educational views. The study was conducted at the pediatric inpatient unit of the University Hospital at the Federal University of Santa Catarina in Florianópolis, during the months of June and July of 1999, where 6 meetings were conducted, to be attended by 6 families/mothers. Paulo Freire's Research Itinerary was used as the work methodology, of which the background is a problem-raising pedagogical proposal. It was made up by 5 closely related stages, dynamically conducted, called: approaching the families/mothers; group make-up; to know group realities - a survey of generating themes; planning educative actions; and capacitating towards a reflection-action praxis through theme debates. At the meetings, based on the speeches proffered by families/mothers about their lived realities, life conditions were introduced as the catalyst axis of theme-units. Stated under the form of problems, the theme "health and environmental hygiene" was developed. From debates on how to offer their family members good care, and the difficulties such issue raised, the theme health and employment was presented. From there, passing to an internment context, "hand washing" came to be debated. The challenge posed by the present work was the possibility to rebuild educative practices on new foundations, and the opportunity to make of it a creative experience, one to be intermediated by dialogue. The study allowed the conclusion Freire's educational conception can be rendered operational in the educative process; it also allowed families/mothers, through dialogue, a reflection on what has been lived, searching for and enlarging knowledge through a build-up process.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1 - INTRODUÇÃO.....	10
2 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	15
2.1 A Família como uma Unidade de Cuidado.....	16
2.2 Educação em Saúde.....	24
2.3 Características das Abordagens Pedagógicas.....	31
2.4 Sobre o Método de Paulo Freire.....	38
3 O ITINERÁRIO.....	51
3.1 Contextualização do Local de Estudo.....	51
3.2 Caracterização do Grupo.....	57
3.3 Vivenciando a Metodologia Problematizadora.....	59
3.4 Análise dos Encontros.....	62
3.5 Questões Éticas da Proposta Educativa.....	63
4 DESCRREVENDO AS ETAPAS DO PROCESSO EDUCATIVO.....	65
4.1 Aproximação e Formação do Grupo de Mães/Famílias.....	65
4.2 Compreendendo a Realidade para a Transformação.....	71
4.3 Capacitando para a Praxis (Reflexão-Ação) pela Discussão Temática.....	95
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
7 ANEXOS.....	108

1 - INTRODUÇÃO

As minhas atividades profissionais sempre foram desenvolvidas na Área de Saúde da Criança. Desde 1975, venho convivendo profissionalmente em unidades de internação com crianças. Nesta trajetória atuei onze anos como enfermeira pediátrica, e nos últimos doze anos como docente, na mesma área.

Ao longo do caminho tenho vivenciado avanços no que se refere às rotinas presentes no contexto hospitalar principalmente em nossos hospitais de Florianópolis. Entre eles, destaco a aceitação de um familiar junto à criança internada. Após a promulgação da Constituição Brasileira (1988), que ampliou os direitos a saúde de um modo geral, foi criado o Estatuto da Criança em 1990¹, no qual ter um familiar como acompanhante passou a ser um direito da criança e adolescente e uma obrigação dos hospitais pediátricos. Esta permanência dos pais no hospital é um fator imprescindível para que a criança possa ter um atendimento baseado nas suas necessidades e de sua família.

O momento da hospitalização da criança pode ser marcado por espaços para prover oportunidades educacionais à família e crianças maiores. Assim, o enfermeiro deve aproveitar este momento para instituir a educação em saúde e, encorajar as famílias à discussão grupal.

¹ Estatuto da criança e do adolescente. Lei número 8069, Artigo 12, 1990.

Segundo Crepaldi (1995), durante a internação da criança, as famílias podem participar basicamente de duas maneiras:

1º) exercendo um papel de pares no atendimento da criança, dispensando-lhe cuidados, observando-a e ajudando nos procedimentos hospitalares mais simples, podendo ainda, ajudar a outros pais, através da troca de experiências; 2º) por participarem como categoria de indivíduos que recebe atenção, ao ser treinada para atender, ou como pessoas que necessitam de atendimento porque também estão sendo afetadas pela doença e hospitalização dos filhos.

Venho observando, no cotidiano da minha prática assistencial, que a enfermagem é freqüentemente solicitada a responder aos questionamentos e dúvidas da família, informando-a quando lhe compete, ou encaminhando-a adequadamente. A observação empírica tem mostrado que as dúvidas mais freqüentes dos familiares referem-se a: tratamento, exames, medicação, estado de saúde, alta, cura e morte. A seguir referem-se a dificuldades econômicas e domésticas porque necessitam administrar os cuidados aos outros filhos, que podem estar sozinhos em casa, ou então aos cuidados de alguma vizinha ou parente próximo.

Também verifiquei que na ocasião da alta, o familiar é orientado pela enfermeira sobre medicação, retorno e cuidados em geral, nos quais o enfoque maior é facilitar o cumprimento e a eficácia da terapêutica prescrita.

Dei-me conta que agindo deste modo e observando de perto a realidade nas instituições de saúde, havia um enfoque técnico centrado nas necessidades do profissional. Evidencia-se, desta maneira, uma prática reducionista e fracionada, que inviabiliza a construção coletiva do conhecimento. Neste tipo de atuação, desvaloriza-se a família como capaz de refletir e agir, de aprender e ensinar, e de um saber-fazer aprendido no cotidiano.

Esta prática assistencial aos familiares sempre chamou a minha atenção. Percebia que os familiares tinham dúvidas e inseguranças quanto ao cuidar dos filhos doentes. Acreditava que a melhor forma de ajudá-los a superar suas inseguranças seria através da educação em saúde e, passei a orientá-los no hospital, não somente sobre os cuidados com o filho doente e sobre a doença, mas também sobre aspectos como, alimentação, recreação, imunização, vestuário, banho de sol, segurança, etc. Pude perceber, nesta experiência, que para cada problema identificado, tinha uma série de orientações preconizadas para repassar, a fim de que a família as colocasse em prática nos cuidados com o filho.

A questão da Educação em Saúde assumiu maior dimensão quando passei a fazer parte do GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Família) em 1991. Convivendo quinzenalmente, durante dois anos e meio no domicílio com famílias carentes, aprendi que o saber que a família tinha sobre saúde, geralmente ajudava a enfrentar as situações com que se deparavam no cuidado de seus membros, e que isso deveria ser levado em consideração ao se pretender desenvolver educação em saúde. Passei a acreditar que a família é o sujeito de sua própria busca de conhecimento e ainda, que a educação em saúde não deveria ser feita para seres humanos, mas com seres humanos.

Como aluna do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da PEN/UFSC, através da disciplina Fundamentos Teóricos da Educação, estudando as teorias da Educação, tive oportunidade de conhecer o pedagogo Paulo Freire, tendo despertado então para desenvolver uma prática educacional em enfermagem utilizando como pano de fundo o seu processo pedagógico problematizador.

Através das idéias de Paulo Freire passei a compreender que a postura de educador não surge pela imposição, mas aflora pela conscientização e, também,

por considerar que a prática educativa não pode ocorrer desvinculada de uma situação real de vida. Isto ia de encontro às minhas “aspirações”, de que para fazer educação em saúde, eu necessitaria compartilhar o conhecimento entre os diferentes atores envolvidos num processo de educar e educar-se.

Paulo Freire (1980, p. 51), coloca que todo *“aprendizado deve estar intimamente associado a tomada de consciência de uma situação real e vivida pelo aluno”*. Continua a dizer Freire (1991.p.72), que *“...a alfabetização não pode se fazer de cima para baixo, nem de fora para dentro, como uma doação ou uma imposição, mas de dentro para fora, pelo próprio analfabeto, somente ajustado pelo educador.”*

Na vivência do cotidiano hospitalar como docente e das reflexões advindas de situações conflitantes que ocorrem nesse cotidiano em relação a educação em saúde, cheguei a alguns **questionamentos**, tais como:

É possível trabalhar questões de cuidado em saúde, a partir da experiência vivida pela família?

É possível transpor este “fazer” educação em saúde centrada no repasse de informações?

Quais as reais necessidades e dificuldades que a família se defronta ao cuidar dos seus membros?

A partir destes questionamentos tracei os seguintes **objetivos** para o estudo:

- **Identificar as necessidades manifestadas pela mãe/ família em cuidar da saúde de seus membros;**
- **Discutir formas de resolução dos problemas de saúde da família através da metodologia problematizadora.**

Foi nesta perspectiva que vislumbrei a possibilidade de desenvolver, em saúde, uma prática educativa fundamentada em Paulo Freire, por entender que saúde e educação se articulam enquanto práticas sociais, isto é, acontecem no convívio social. E que nesta situação e desta vivência compartilhada, emergem os temas da aprendizagem, frutos da vida cotidiana, do ambiente vivencial, onde as experiências pessoais e afetivas tem lugar de destaque.

De acordo com Freire (1988, p.116-117),*“Os temas, em verdade, existem nos homens, em suas relações com o mundo, referidos a fatos concretos....A temática significativa aparece, de qualquer maneira, com seu conjunto de dúvidas, de anseios, de esperanças.”*

Espero, com este trabalho, estar contribuindo para o desenvolvimento da prática educativa, tanto ao vivenciar um referencial teórico de abordagem educacional, realizando concomitantemente uma reflexão sobre a importância, limitações e possibilidades encontradas.

Assim, este estudo significou uma opção consciente por uma prática educativa, como forma alternativa, que foi desenvolvida na área de enfermagem pediátrica de um hospital escola, junto às famílias de crianças hospitalizadas.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

Referencial teórico para Neves e Gonçalves (1984, p. 213),

“é uma estrutura mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação”. De acordo com estes autores o referencial teórico pode ser construído a partir *“de conceitos interrelacionados de teorias ou partes de teorias; fatos já classificados e analisados em pesquisas anteriores e idéias do próprio pesquisador a partir da síntese dos conhecimentos existentes”* (ibidem, p. 226).

Entendo que o referencial teórico é a construção teórica representada por conceitos interrelacionados o que fornece uma abordagem mais unificada para à prática assistencial de enfermagem.

Para a construção teórica busquei conhecer alguns pressupostos da concepção educacional de Paulo Freire (1980, 1988 e 1991), a qual abriu caminho para a construção do referencial teórico e delinear os procedimentos metodológicos que foram adotados nesta prática educativa. Associando idéias desse autor e mais àquelas da minha vivência profissional, procurei direcionar os procedimentos metodológicos da prática educativa nesta proposta de Educação em Saúde.

Na seqüência deste capítulo apresento a literatura que considerei significativa para respaldar o estudo. Procurei estruturar os conteúdos de forma coerente com os objetivos deste trabalho e, discorro sobre os aspectos básicos: A Família como uma unidade de cuidado; Características das Abordagens Pedagógicas; Educação em Saúde e, Abordagem sobre o Método de Paulo Freire.

2.1 A FAMÍLIA COMO UMA UNIDADE DE CUIDADO

No que se refere à família como uma unidade de cuidado, Elsen (1984), ao estudar famílias de uma vila pesqueira de Florianópolis, em Santa Catarina, encontrou como resultado que a família pode ser considerada como um sistema peculiar do cuidado à saúde, tendo seu próprio referencial para guiar suas ações em situações de saúde e doença no domicílio.

Nas famílias estudadas, o cuidado prestado era baseado em conhecimentos adquiridos a partir de sua cultura e das interações com os profissionais de saúde. Dentro desta mesma linha, Boehs (1990) e Patrício (1990), em seus trabalhos também com famílias de Florianópolis, porém famílias de recém-nascidos, e de adolescentes grávidas solteiras, identificaram a família como unidade de cuidados para o recém-nascido, para o adolescente e demais membros, através de práticas próprias das famílias, das suas relações e daquelas indicadas pelos serviços de saúde disponíveis e que afirmam:

“o cuidado, essência da enfermagem, não é porém exclusivo da mesma, a família também cuida, baseada nas suas próprias experiências decorrentes de conhecimentos populares e oriundos de profissionais de saúde” (Boehs, 1990. p. 124).

“ a família é uma unidade “de cuidado de saúde popular”. Possui seus próprios pontos de vista sobre a saúde e doença, suas próprias atitudes e modo de cuidar” (Patrício, 1990. p. 98).

Bomar (1990) entende que uma das maiores atribuições da família é o cuidado à saúde. A família é primariamente responsável pela maioria de seus cuidados para saúde durante os ciclos de saúde-doença. Tais cuidados incluem tanto o ensinamento das práticas de cuidados à saúde, como também a garantia de suporte social durante o processo saúde-doença.

Parsons (1970) descreve a família como uma instituição que atende às necessidades biológicas de seus membros, sendo sua responsabilidade o cuidar de seus filhos e criá-los, incluindo a obrigação de alimentação, higiene, vestuário e moradia. Turner (1970) chama atenção para o fato de que a família, por suas características especiais de proximidade e convivência, está melhor equipada e tem maiores condições para acompanhar o processo saúde e doença de seus membros.

Uma referência mais direta à família, em relação ao cuidado à saúde de seus membros, é feita por Pratt apud Elsen (1994), ao constatar que a família é um sistema personalizado de cuidado à saúde, uma vez que a saúde de seus membros é sua preocupação central e responsabilidade primeira.

Nós mesmos constatamos (Eckert, Hense, Penna, 1992), em um estudo com 100 (cem) famílias de uma comunidade pobre da grande Florianópolis, que a mesma desenvolve um processo de cuidar. Quando a doença ocorre ela atua e desenvolve ações de saúde e quando o problema não é resolvido, solicita ajuda aos profissionais de saúde. A família, de fato, é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção dos seus membros. Percebemos que o olhar da família, no acompanhamento da saúde dos seus membros, deve ser estimulado e valorizado,

pois é ela um observador especial pela proximidade e afeto de seus componentes.

A família, enquanto unidade, além de ser agente do cuidado de seus membros, também é objeto de cuidado dos profissionais de saúde. Houve sempre uma preocupação da enfermagem em assistir à família. Segundo Gills et al (1989), é revelado que a família como unidade de cuidado tem sido identificada como um foco de assistência de enfermagem desde os primórdios da profissão, aparecendo já nos ensinamentos da própria Florence Nightingale (1859).

Um importante aspecto da enfermagem de nossos dias de acordo com Delaney (1986), está na ênfase de considerar a unidade familiar como cliente. Conforme a autora, a família serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade; fornece proteção psicossocial aos seus membros, sendo o maior veículo de transmissão de cultura. O mesmo autor defende a família como uma unidade de cuidado para a enfermagem, sendo natural e necessária.

Ainda nos anos 80, os trabalhos de Cartana (1988), Elsen et al (1987), Elsen e Patrício (1989), mostram sempre a preocupação em subsidiar e destacar a importância da assistência de enfermagem junto à família. Vários estudos (Bub et al, 1994) têm demonstrado que para assistir a família, necessário se faz conhecer a realidade da mesma em toda a sua concretude, tornando-se relevante os estudos com vistas a identificar aspectos da realidade da família brasileira. Portanto, o cuidar da família, exige conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades. Assim, o profissional com seu saber técnico, científico, humanístico, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros.

Conforme Marcon e Elsen (1999), a preocupação em assistir a saúde da família hoje, não se configura como exclusiva da enfermagem. As profissões tidas como interventoras, há tempo, já vêm se preocupando com o processo de trabalho e com a formação e a capacitação de seus profissionais em proporcionar o desenvolvimento e a utilização de abordagens mais apropriadas ao universo familiar.

O curso de mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, na década de 90, apresentou várias dissertações com prática assistencial de enfermagem à família, com base em uma fundamentação teórica definida e com uma metodologia adotada pelos enfermeiros no seu dia-a-dia, como Patrício (1990), Ribeiro (1990), Boehs (1990), Ghiorzi (1991), Nistchke (1991), Monticelli (1994) e outros.

Elsen, desde a sua volta ao Brasil (1984), tem estimulado a assistência de enfermagem na área da família, e realizado diversos trabalhos como também a formação de grupo de pesquisa, o GAPEFAM, integrando a assistência, pesquisa e educação em saúde da família. Participei deste grupo como membro durante 04 (quatro) anos, de 1990 a 1994, e nesta trajetória aprendi a compreender, a respeitar e trabalhar com famílias.

Os esforços para reorganizar o modelo de assistência à saúde e a mudança de paradigma sanitário brasileiro têm apresentado novas perspectivas através da implantação da estratégia da saúde da família.

A ênfase crescente na família está ocorrendo no cenário nacional, agora por uma emergente política pública destinada à saúde da família. A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (1994) representa, por um lado, a preocupação do Estado em voltar suas políticas a este segmento da população e, por outro, o empenho em manter suas políticas voltadas para o desenvolvimento da vida familiar.

Neste estudo a *família* é

“uma unidade dinâmica constituída por pessoa que se percebem como família. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos, e responsabilidades, (...)” (Elsen et al, 1992).

Relaciona-se com os outros e com o mundo, transformando a si própria e provocando transformação. A família é uma unidade que necessita cuidados de saúde, mas também é uma unidade prestadora de cuidados de saúde aos seus membros.

Na realização deste estudo tive oportunidade de conviver com um membro de cada família, representado pela mãe que estava acompanhando os filhos durante o processo de internação. Optei em denominá-las de famílias, considerando o vínculo que a mãe estabelece com os demais membros da família, no sentido de integração e resolução de necessidades e enfrentamentos da família.

O grupo de mães/famílias são comprometidas como seres humanos que compartilham com as demais, conhecimentos, idéias e também trocam experiências para ampliar ou modificar os seus saberes. Se por um lado é fácil reconhecer que a família constitui uma unidade que presta cuidado de saúde, por outro torna-se difícil concordar que ela é sempre eficiente no desempenho deste papel. Isto fica evidente nas ações da mãe/família, em todas as atividades diretas e indiretas do lar. Exemplificando, esta não apenas se responsabiliza pelos cuidados com o filho doente, como pela administração doméstica. Isto gera uma carga extra de estresse, ao permanecer no hospital com o filho internado, já que os demais filhos, ficam em casa sob a responsabilidade do irmão mais velho e/ou de uma vizinha. Pode-se dizer então que a mãe enquanto família, é o

centro de decisões no que se refere ao cuidado dos filhos, o que não pode-se dizer da administração financeira da casa, que fica ao encargo do marido/companheiro.

Nesta perspectiva, entendo o *ser humano* como um ser de relações, relacionando-se com os outros seres humanos e com a realidade, como um ser histórico, está inserido em um contexto social, econômico, cultural e político, é um ser dotado de conhecimento próprio, tendo a capacidade de perceber, de pensar, de refletir sobre a sua realidade. O ser humano enquanto ser pensante, não se revela como algo acabado, como algo terminado. Cada ser humano tem uma visão de mundo, com as diferentes condições de vida, de saúde e de cuidado à saúde. O primeiro contexto social no qual o ser humano se insere é a família.

Neste estudo, o ser humano são as mães/famílias das crianças hospitalizadas na unidade de pediatria do Hospital Universitário de Florianópolis.

Para aclarar este conceito, irei re-situar alguns elementos constitutivos.

O conceito de um “ser de relações” tem importância vital na teoria freireana e é compreendida por Paulo Freire (1992 p. 47 a 51),

“ o homem como um ser de relações sai de si para relacionar-se com o (s) outro (s) e com o mundo, destas relações que o homem trava, exerce um ato reflexivo sobre a realidade, quando a compreende, a desafia, a altera, a re-cria e decide, ao qual responde de maneira original o que permite uma transformação do meio natural”.

As famílias são seres históricos, porque criam, fazem e vivem a história e transformando-se, transformam a sociedade. Estabelecem relações com as outras famílias e com o mundo.

O **Ser Humano** nesta abordagem, foram as mães/famílias, e a enfermeira. Pude compreender nesta vivência, que o ser humano é um ser de relações com o outro, de trocas, de reflexão e capaz de produzir conhecimentos. Durante a convivência com o grupo mães/famílias, pude perceber o quanto o ser humano é reflexivo e o quanto consegue ultrapassar as limitações e encontrar as possibilidades. Estas possibilidades se evidenciaram nos momentos em que o grupo buscava, em conjunto, soluções para suas dificuldades.

À medida que o grupo ia trabalhando junto, as relações iam crescendo surgindo uma participante diferenciada. Na experiência que tivemos, no terceiro encontro uma participante se destacou e revelou a sua capacidade de liderança. Ao sentir-se útil, valorizada e realizando o que corresponde às necessidades do grupo, as participantes adquiriram uma identidade social. Não se elegeu alguém do grupo, o processo foi natural e, se crescemos como grupo, as pessoas estão em condições de também serem educadores em seu grupo. Assim, vivenciei que a liderança de um grupo não está obrigatoriamente nas mãos do coordenador ou educador, todos os participantes do grupo, cada um com suas limitações, participam da liderança.

Através das histórias de vida contadas pelas mães/famílias, constatei que estas possuem as mesmas condições de vida e de saúde e, que cada ser humano tem uma visão de mundo que lhe é próprio e, de acordo com ela, reage aos acontecimentos.

A *Enfermagem -Enfermeira* é concebida no enfoque desta proposta, como uma profissão a serviço do ser humano (indivíduo, família e grupos sociais), possui um conhecimento técnico, científico e ético. Reconhece que a família também é cuidadora de saúde, tendo a sua própria visão de saúde e doença. A **enfermeira** é um ser humano, mediador do processo educativo,

compartilha experiências com as famílias, através do diálogo, e juntos constroem conhecimento.

Neste referencial teórico o seu propósito é o de compartilhar saberes com as mães/famílias, através do processo educativo, para ampliar e ou modificar os seus saberes. Os profissionais de enfermagem, ao compartilharem experiências e conhecimentos, ajudam as famílias a desenvolver suas potencialidades.

Na minha atuação como enfermeira, como mediadora neste estudo, chego a perceber claramente o quanto foi difícil romper com as amarras dos métodos tradicionais de ensino e agir como facilitadora da aprendizagem. Nesta abordagem alternativa de educação em saúde, necessitei clareza à respeito do meu papel neste processo, bem como do das mães/famílias. Os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem tem legado à enfermeira a função de expor conteúdos através de palestras, com temas programados, com ações educativas pré-definidas, à respeito da saúde dos educandos. Nesta linha educativa foi necessário que a enfermeira e mães/famílias refletissem sobre a sua realidade, que contextualizassem as suas necessidades, as suas situações de vida.

Nesta vivência enfermeira e mães/famílias foram sujeitos deste processo educativo em saúde, e como tal assumiram posição de ensinar e aprender, e respeitaram-se como detentoras de saberes diferentes, compartilharam experiências e, buscaram, em diálogo, a construção do conhecimento.

A família não pode ser vista apenas, como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e, mais que tudo, sua participação deve ser incentivada em todo o processo educativo/cuidativo.

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A configuração de uma educação em saúde com base em abordagens progressistas, parte do princípio de que o homem é capaz de pensar e compreender a partir da sua realidade, a concepção de mundo e lutar pela sua superação.

Na perspectiva de uma abordagem progressista na educação em saúde, Rezende e Nascimento (1988, p. 13) destacam que a educação não pode ser vista como um ato unilateral onde o educador é agente ativo de todo o processo. O profissional enfermeiro deve, enquanto educador, viabilizar *“o caminho da práxis através de uma proposta de educação participativa. Como compromisso solidário, pressupõe a troca e o intercâmbio de experiências, não anulando o saber técnico, nem subestimando o saber popular”*.

Saupe (1992, p. 12) tem refletido sobre a formação do enfermeiro, e coloca:

“Tradicionalmente a formação do enfermeiro, no Brasil, tem se orientado no sentido de qualificar profissionais tecnicamente competentes para assistir, administrar, ensinar e pesquisar, ações estas fundamentadas por princípios científicos e de relações humanas positivas. Mas o discurso pedagógico atual tenta romper com este círculo de compromisso interno à profissão, revelando preocupação em desenvolver também o cidadão crítico”.

A mesma autora ao descrever o enfermeiro, destaca que para o desenvolvimento intelectual do mesmo é necessário incluir o exercício do pensar, perceber, refletir, criticar, criar, investigar, buscar e compartilhar soluções, adquirir conhecimentos científicos básicos, sustentados por uma política de saúde e a realidade social na qual se insere. Ao analisar os dados de

sua pesquisa, conclui que a enfermeira descrita acima está bastante distante da realidade concreta, mas acredita que a formação profissional dos mesmos, possa mover-se no sentido de desenvolver nos educadores, maior consciência individual e ação coletiva dos profissionais.

No modelo assistencial vigente, as práticas de educação em saúde desenvolvidas pela enfermagem privilegiam a tendência da pedagogia tradicional e tecnicista de ensino, onde a informação transmitida transforma-se em tarefas padronizadas de forma rotineira e acrítica. O enfermeiro desempenha o papel reprodutor, ou seja, está centrada no profissional que presta orientação, nem sempre coerente com as necessidades dos indivíduos e/ou grupos. O enfermeiro focaliza o que considera problema e analisa-o sob o aspecto da doença a partir de uma perspectiva, e seu foco de orientação passa a ser “o que deve e como deve ser feito” em relação a saúde, utilizando uma metodologia austera e verticalizada.

Na área de saúde materno-infantil, considerada prioritária no Brasil desde a Conferência Nacional de Saúde de 1975, têm sido desenvolvidos programas de atenção à saúde da mulher e da criança que traduzem, na prática, o amplo reconhecimento, pela comunidade científica, da infinita ligação mãe e filho, também culturalmente construída. Esses programas incluem atividades educativas que na prática são desenvolvidas numa forma de atendimento individualizado a casos particulares, reduzindo a educação e orientações sobre a doença ao problema, e sobre o que deve ser feito em cada caso (Silva, 1992).

Os trabalhos como os de Rosa (1989), Cocco (1991) e Silva (1992) tratam-se de pesquisas que visam desvendar concepções e práticas educativas em saúde coletiva. Rosa (1989, p. 114-115) respondendo a questão: “Educação em Saúde nos Serviços de Saúde: falácia, realidade ou utopia?” conclui:

“... a educação em saúde, quando reduzida a mero instrumento ou recursos, como historicamente ocorre no interior dos Serviços de Saúde, cumpre mal seu papel de reprodutor e, de maneira deficitária, o de democratizar os conhecimentos ditos científicos... Do ponto de vista institucional (diminuição das taxas de morbidade e mortalidade de populações alvo)... pode-se considerar numa perspectiva linear como tendo alcançado os objetivos a que se propunha. Já sob a perspectiva da população, ... avalia-se este serviço como falacioso, por induzir a população a pensar que o não cumprimento das regras estabelecidas do bem viver é responsável único pela perda da saúde”.

Cocco (1991) preocupa-se em abordar a ideologia do enfermeiro na prática educativa em saúde coletiva, ressaltando suas representações quanto à saúde e educação, a influência do aparelho formador e a contradição entre prática idealizada e prática realizada. Um dos fatos apontados é a forma do enfermeiro conceber a educação em saúde como atribuição ditada pela instituição, com finalidades curativas e caracterizada pela informação e “doutrinação”. Constata, também, que mesmo ao privilegiar a prática educativa como espaço de conscientização e libertação, os enfermeiros dificilmente conseguem superar uma “consciência ingênua”, práticas autoritárias ou pseudodemocráticas e, até mesmo, um discurso pouco elaborado.

Silva (1992) também preocupada com a inserção do processo educativo na assistência institucionalizada, relata uma experiência que torna clara a concepção de educação em saúde como,

“o ato de colocar na cabeça do cliente algo que a enfermagem julga como necessário(...) Assim, a ação educativa se resume em : Tu perguntas + Eu respondo + Tu ficas satisfeito... (...) as instituições de saúde deveriam funcionar como as escolas visando formar cidadãos críticos e criativos...”(Silva, p. 105-106, 108).

Romper com este processo de caráter normativo, necessita de práticas educativas mais reflexivas, coerentes com as situações concretas advindas da história, da vivência do próprio homem. Isto implica na ruptura com a posição do profissional como reproduzidor. Implica na renúncia à autoridade, à certeza, à imposição de ações educativas pré-definidas à clientela.

Na década de 90, especialmente a partir de 92, com o retorno de Saube do seu doutorado em Educação observa-se uma significativa produção de dissertações no Curso de Enfermagem da UFSC, utilizando como suporte teórico concepções e métodos de correntes pedagógicas progressistas .

Talvez, isto, em parte explique as razões da grande maioria dos trabalhos de enfermagem acerca do tema educação em saúde utilizarem concepções, métodos oriundos de Paulo Freire. Exemplo disto são os trabalhos de alguns enfermeiros que vêm rompendo a fragmentação e a descontextualização que ora se apresenta nas práticas educativas, propondo e desenvolvendo uma alternativa metodológica, mais dinâmica, mais criativa, mais reflexiva, mais crítica e contextualizada em suas propostas de Educação em Saúde. Tais práticas vem sendo utilizadas por alguns enfermeiros como Wosny (1994), Heidemann (1994), Gonzaga (1994), Madureira (1994), Alonso (1994), Martins (1995), Dyniencz (1995), Diniz (1997), Zago (1997) Brito (1997), Giorgi (1997), Meurer (1998), e muitos outros.

Nesta versão progressista, Madureira (1994, p. 157), ao desenvolver uma prática assistencial de enfermagem em educação e saúde com um grupo de mulheres, coloca que

“a educação e saúde não se limita à discussão em torno da doença como fenômeno físico-biológico; ela preocupa-se em criar espaço para a reflexão sobre condicionamentos sociais, políticos, ambientais da saúde e da doença, buscando oferecer condições não só para a aprendizagem de maneiras de prevenção e tratamento, mas também para a

percepção de possibilidades para transformação da situação, das pessoas e do mundo. A educação em saúde tem como sujeito o ser humano(...)”.

Também dentro desta linha educativa em saúde, Alonso (1994 p. 190, 192-193) na conclusão de seu trabalho com relação às questões educativas enfatiza que,

“é imprescindível que os métodos tradicionais pelos quais são desenvolvidos os programas educativos em saúde sejam revistos (...) a educação participativa (...) numa relação dialógica sujeito-sujeito (...), sem dúvida, penso ser uma forma mais eficaz, democrática e próxima de se ensinar e aprender a busca de mais saúde”.

Wosny, Heidmann e Gonzaga desenvolveram uma prática educativa em saúde comunitária, mediada pela pedagogia problematizadora, com as organizações dos movimentos populares de um bairro periférico de Florianópolis, buscando a melhoria de suas condições de saúde e vida.

Wosny, (p. 115) considera que,

“a metodologia adotada proporcionou ao grupo ganho de consciência política,(...), problematizando os temas em conjunto com as organizações, de forma que o processo de superação dos mesmos resulte em ganhos de consciência crítica, individual e coletiva”.

Já Heidmann (1994, p. 132) enfatiza que,

“ a utilização de um referencial metodológico dentro de uma perspectiva política (...) permitiu tanto aos grupos quanto aos profissionais se apropriarem conscientemente de sua prática, numa verdadeira práxis transformadora para a construção de uma nova sociedade”.

Brito (1997), desenvolveu uma prática assistencial educativa com discentes de enfermagem fundamentado na proposta pedagógica de Paulo Freire. Coloca que foi difícil, porém prazeroso, e que a partir das discussões em grupo,

surgiram propostas de transformação que podem contribuir para a educação na enfermagem, mais dinâmica, crítica e criativa. A mesma salienta que, o processo de ação e reflexão desenvolvido durante esta experiência, possibilitou levantar os principais problemas, discuti-los e propor soluções no processo ensino-aprendizagem..

Giorgi (1997 p.145), também utilizou em seu estudo o método de Paulo Freire, e na conclusão diz que,

“esta trajetória permitiu uma troca de experiência, uma sensibilização grupal, com um enfoque mais crítico e real da prática pedagógica que exercemos na escola (...), posso perceber sinais de mudanças nas falas dos nossos docentes-enfermeiros (...) e encaminham uma proposta metodológica comprometida com ensino crítico, de reflexão e ação sobre a realidade, na perspectiva de sua transformação (...).”

Trabalhos como estes devem alertar os profissionais de enfermagem, no sentido que apontam para questões que, necessariamente, precisam ser trabalhados no percurso da construção de uma prática educativa em saúde.

Na ótica desta proposta educativa, a *Educação em Saúde* é vista como um processo de busca em que há um objeto a ser conhecido, a ser apreendido, em grupo e em diálogo, onde a mãe/família e o profissional de saúde se assumam como sujeitos e busquem, pela reflexão e ação, a transformação de si e da realidade na qual e com a qual está inserido.

A *educação em saúde*, desenvolveu-se em grupo, compartilhando experiências, saberes, se traduziu no interesse de possibilitar às mães/famílias, a construção do conhecimento. Neste processo não desvinculou-se o ser humano do mundo, de onde vêm os saberes e para onde retornam os frutos de seus novos saberes. Nesta prática educativa, enfermeira, mães/famílias assumiram posição de ensinar e aprender, de sujeitos do processo.

A participação do grupo propiciou a troca de experiências, de conhecimentos e oportunizou o processo reflexivo do educar-se, sendo que enfermeira e participantes aprenderam e ensinaram. Ambos sentiram-se desafiados a explorar o conhecimento e recriá-lo, culminando na produção de conhecimento a partir do seu mundo existencial. Assim, o grupo e em diálogo, transcenderam as fronteiras do individual, transformando a educação em saúde numa busca compartilhada.

A educação em saúde resultou de uma construção coletiva, ou seja, nas relações entre o grupo e o profissional da saúde, com suas experiências, idéias e conhecimentos. Este processo educativo, ultrapassou os limites da reprodução, as famílias foram desafiadas a explorar a aprofundar e re-elaborarem o conhecimento, o que as conduziu a uma ação-reflexão sobre a realidade .

A *Educação problematizadora* é concebida como um processo de permanente busca, de constante descoberta, sendo dinâmica, flexível e, inacabada, constituindo uma forma crítica de pensar o mundo, de captar a realidade, cujo objetivo é provocar uma atitude de reflexão que comprometa a ação.

Ao vivenciar o conceito *educação problematizadora* na prática, este processo implicou, na ruptura com a posição da enfermeira como reprodutora; na renúncia à autoridade à priori e a imposição de ações educativas pré-definidas; levando a acreditar nas potencialidades do grupo. Nesta vivência pude compreender que é importante o educador ser paciente, acreditando que o grupo junto com ele vai progredir, e atingir as suas metas. Creio que apressar-se é entregar a coisa pronta e não faz avançar o processo. Durante a discussão temática, as participantes deram à reflexão o sentido da análise, fizeram síntese e buscaram alternativas para ação.

2.3 CARACTERÍSTICAS DAS ABORDAGENS PEDAGÓGICAS

Faço uma retrospectiva breve de algumas características das abordagens pedagógicas que servem como pano de fundo para a compreensão da Educação em Saúde.

A educação constitui uma das grandes inquietações do homem. Sua influência no processo de humanização e de sua libertação é assunto não só de interesse de intelectuais, mas de todos os homens comprometidos com as práticas educativas.

Ao longo da história, a educação tem se delineado de acordo com a própria evolução do mundo e dos homens, influenciada por concepções filosóficas das mais diversas e serve de referência para a evolução das diversas abordagens pedagógicas (Brandão, 1992).

A) SOBRE A ESCOLA TRADICIONAL

A Escola Tradicional, do ponto de vista social, se caracteriza em uniformizar a sociedade, em que aos seus indivíduos basta assimilação e reprodução do conhecimento. O professor, do ponto de vista didático, cabe a fala contínua e aos alunos a receptividade passiva, sem atitudes críticas, porque é condicionado a anotar e memorizar as informações passadas pelo professor.

Snyders (1988, p. 17 – 8) diz que a escola tradicional faz,

“com que o aluno imite o modelo. Educar é propor modelos, escolher modelos, conferindo-lhes uma clareza, uma perfeição, em suma, um estilo que através da

realidade do dia-a-dia, não será possível atingir”. A função da escola se resume a fazer com que o aluno imite o modelo proposto pelo professor.

Neste contexto, é possível estabelecer o principal papel desta abordagem educacional: preparação intelectual e moral do aluno, segundo modelos pré-estabelecidos para assumir sua posição na sociedade. Os conteúdos são repassados como verdades, quase sempre desvinculados do universo de interesse dos alunos, valendo pelo valor intelectual que se atribui ao modelo. O método restringe-se à exposição oral e/ou demonstração da matéria. Esta metodologia leva a um relacionamento entre professor e aluno, no qual predomina a autoridade do professor pelo discurso.

B) SOBRE A ESCOLA NOVA

A escola nova, do ponto de vista social, propunha-se a formar indivíduos para atender a sociedade, inculcando neles o sentimento de aceitação dos demais e pelos demais, prevenindo-os contra o racismo, o dogmatismo e o preconceito.

Snyders (1988, p. 69 – 0) afirma que a educação nova *“tenta realizar uma escola em que a criança seja feliz, em que viva dos acontecimentos e das situações interessantes, neste próprio momento em que ela existe efetivamente”*. Cabe, então, uma escola que valorize o bem estar da criança, que leve em consideração o presente, sem esquecer o futuro.

Ao professor, do momento escolanovista, cabe agir sobre o meio preparando-o para a atividade infantil, para que o processo educativo ocorra, respeitando o próprio ritmo da criança.

A proposta da Escola Nova descentraliza o ensino da pessoa do professor para o aluno. Prioriza a autonomia do aluno, o fazer por conta própria, o tomar

conta de si mesma. Segundo Saupe, (1992 p.31) “*o eixo da questão pedagógica desloca-se para o sentimento, para o psicológico, para os métodos e processos, para o aluno e seus interesses. O modelo pedagógico torna-se implícito, já que não há regras e normas pré-estabelecidas.*”

C) SOBRE A ESCOLA TECNICISTA

Saupe (1992, p.31.) coloca a “*necessidade de transformar o homem num ser capaz de acompanhar as exigências do processo de aceleração dos avanços tecnológicos, leva a articulação de uma nova versão, a tecnicista*”. E essa advoga a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional.

O sistema de ensino tende a padronização e o processo define todas as tarefas e serem executados por alunos e professores. Para a pedagogia tecnicista a questão central, o que importa, é aprender a fazer. A análise efetuada por Saviani (1991, p. 18) indica que “*A pedagogia tecnicista acabou por contribuir para aumentar o caos no campo educativo, gerando nível de descontinuidade, de heterogeneidade e de fragmentação*”.

D) SOBRE A ESCOLA PROGRESSISTA

Para Libâneo (1984) são três as tendências nesta concepção de educação: a pedagogia libertária, a libertadora e a dos conteúdos culturais.

A Escola Progressista, do ponto de vista social, se caracteriza por uma atuação crítica sobre o presente, voltada para a transformação do futuro. Insere o homem no processo histórico-social como sujeito.

A abordagem progressista da educação valoriza o saber socialmente significativo, o professor deve “*trabalhar a relação direta, o confronto entre a experiência do aluno (a sua prática vivida) e os conteúdos cuja apreensão é necessário garantir*”(Silva, 1986 p. 116).

O saber socialmente significativo é o que envolve não somente o compreender os fenômenos naturais, mas o que permite que, a partir dele, os alunos adquiram a capacidade para assumirem posição face a problemas conflituais, que a realidade apresenta. Tal saber envolve conhecimentos factuais, técnicas, concepções fundamentadas em convicções políticas religiosas, éticas...

O professor, na abordagem progressista, é guia do aluno e do processo educativo, jamais impõe, de maneira dogmática, o saber já elaborado, constituído.

A concepção libertária propõe princípios de autogestão que incluem os métodos e o conteúdos. Os conteúdos são colocados à disposição do aluno, porém, não são cobrados. O conhecimento resulta das experiências vividas pelo grupo. O desenvolvimento individual se realiza no coletivo e é na vivência grupal, na forma de autogestão, sem a ação de qualquer forma de poder de fora do grupo, que os alunos buscarão satisfazer as suas necessidades. O professor passa a ser o catalisador, o conselheiro, pondo-se a serviço do aluno.

A concepção dos conteúdos culturais propõem que “*os métodos favoreçam a correspondência dos conteúdos com os interesses dos alunos*”(Libâneo, 1984 p. 40). O professor é o mediador entre o meio natural, cultural e o aluno é o sujeito do processo educativo. O mediador deve “*acelerar e disciplinar os métodos de estudo, exigir o esforço do aluno, propor conteúdos e modelos compatíveis com as experiências vividas, para que o aluno se mobilize para a participação ativa*” (Libâneo, 1984 p. 41).

Na concepção libertadora, a educação é considerada como uma atividade em que professores (educadores) e alunos (educandos) vislumbrem a transformação social, através da compreensão da realidade. Os conteúdos de ensino são denominados de “temas geradores” e devem ser extraídos da vida prática dos educandos provenientes de discussões críticas ocorridas entre educandos e educador. O processo ensino-aprendizagem mais pertinente à escola libertadora é o grupal (professores-alunos) numa relação de autêntico diálogo. Professor e alunos são sujeitos da ação educativa.

Educadores brasileiros tem se preocupado e discutido sobre concepções filosóficas que envolvem o ensino e a revisão de suas posições pedagógicas. Entre eles, destacamos alguns como, Freire (1980, 1988, 1991), Saviani (1991), Brandão (1992), Libâneo (1984). Estes de forma significativa, têm influenciado o sistema educacional do país, no sentido de contribuir para uma pedagogia crítica, vinculada aos condicionantes histórico-sociais da educação. E, muito contribuíram no processo de reelaboração teórico-prática da educação em saúde no Brasil.

E) SOBRE PAULO FREIRE

Paulo Freire nasceu em Pernambuco, na capital, dia 19 de setembro de 1921. Filho de Capitão reformado do Exército e de mãe dona-de-casa. “*Com ambos aprendi, muito cedo, o diálogo*” (Freire 1980, p.13) . De quatro irmãos era o caçula. Seu pai morreu em 1934 e sua mãe, quando estava no exílio. Na sua infância, “*conhecia perfeitamente a geografia da fome*” (Feijó,1979, p. 4), o que possivelmente fez dele um dos últimos alunos da classe. Com 15 anos ingressa no primeiro ano do ginásio, ainda “*escrevendo rato com dois rr*” (Freire 1980, p. 14). A muito custo sua mãe conseguiu que o aceitassem gratuitamente, num Colégio Particular, o Oswaldo Cruz.

Aos 19 anos, foi professor de Português numa escola secundária. Com 23 anos, em 1944, casa-se com Elza, “...com ela prossegui no diálogo que aprendera com meus pais ” (Freire 1980, p. 15), com quem teve cinco filhos.

Em 1945, inicia os estudos do Direito, formando-se depois bacharel. Faz parte, como ele mesmo dizia, da “famosa geração de 45”, que se empenhava em redemocratizar o país. Inicia-se junto aos grupos pobres das zonas suburbanas do Recife, “movido por uma postura cristã” (Feijó, 1979, p.5).

No fim da década de cinquenta e início da de sessenta, trabalha com analfabetos discutindo temas que partiam deles próprios. Isto serviu de alicerce para sua pedagogia.

Sua segunda experiência com alfabetização de adultos foi realizada com funcionários da Prefeitura do Recife. Era um grupo de cinco pessoas: duas desistiram nos primeiros dias, as outras conseguiram ao final de um mês, ler e escrever com perfeição.

A Universidade de Recife, por intermédio do setor de Serviço de Extensão Cultural (com a participação dos universitários), oficializou pela primeira vez o “Método” de alfabetização de Paulo Freire. Ainda através desta Universidade, foi realizada uma experiência em Anjicos (RN), com uma equipe, coordenada por Marcos Guerra, preparada anteriormente em Natal.

Esta experiência envolveu 300 adultos que, após um mês de trabalhos, liam e escreviam. No ato de encerramento estiveram presentes o então Presidente João Goulart e seu ministério. Quando Paulo de Tarso Santos assumiu o Ministério da Educação, convidou Freire a implantar seu método a nível nacional. Isto em junho de 1963. O objetivo último do movimento seria o de acrescentar significativamente o número de eleitores para as eleições que se avizinhavam. Os trabalhos de Freire não tinham esta meta, mas serviriam a tais

interesses, mesmo que não fosse de sua vontade pessoal. Duraram, no entanto, muito pouco, o suficiente para iniciar os preparativos de aperfeiçoamento das equipes que, inicialmente, atuariam em todas as Capitais do país. Tudo terminou bruscamente com o golpe de 1964. Paulo Freire foi impedido de levar adiante seu projeto de alfabetização de adultos a nível nacional (Gadotti 1996).

Em 1964, abriu-se um inquérito policial militar contra Freire e sua equipe. Acusaram-no de “subversivo e ignorante”. Por inépcia de provas, o processo foi arquivado. Paulo Freire sentindo-se ameaçado, asilou-se na embaixada da Bolívia em La Paz, mas lá não pode permanecer, por incompatibilidade climática. Ainda em 1964, foi para Santiago do Chile, onde passou a interessar-se por filosofia, psicologia e linguagem. Lecionou na Universidade local e trabalhou no “Plano de Educação em Massa.” (Gadotti, 1996).

Em 1969, foi convidado pela Universidade de Harvard, na qual assume uma cátedra por 10 meses. Antes do término do contrato, o Conselho Mundial de Igrejas, com sede em Genebra, designa-o seu Consultor de Educação.

Com um grupo de amigos, em 1971, cria o Instituto de Ação Cultural – (IAC), órgão do Conselho Mundial de Igrejas, que se ocupa de problemas educacionais do Terceiro Mundo, trabalhou junto a este Conselho até 1980 (Feijó, 1979).

Em 1975 é convidado pelos líderes da Guiné-Bissau para implantar neste país, ora em processo de “descolonização”, o “Método de Alfabetização de Adultos”. Pronunciou conferências em inúmeras escolas dos Estados Unidos, em diversas Universidades da Europa e em vários países da África. Voltou ao Brasil em 1979, quando o governo brasileiro, concedeu-lhe o passaporte, sendo que permaneceu no exílio por quase dezesseis anos (Gadotti 1996).

Até a morte, ocorrida em 02 de maio de 1997, Freire defendeu a idéia de que toda educação, para ser válida, deve vir não só precedida de uma reflexão sobre o homem, mas também de uma análise do meio em que vive aquele que quer educar-se.

Paulo Freire fará falta. *“Fará falta no debate e fará falta para concluir um encontro, começado nos anos sessenta, e para colaborar na séria e urgente reflexão que exigem os atuais tempos”* (Gajardo, 1997. p. 22).

2.4 SOBRE O MÉTODO DE PAULO FREIRE

Passo agora a abordar aspectos sobre o método de Paulo Freire que contemplam a investigação de realidades e práticas sociais que, mais tarde ao serem codificadas, se transformam em conteúdo e objeto de conhecimento comum.

Em contraposição à uma educação denominada bancária, Freire (1988) propõe uma prática educacional fundamentada nos pressupostos de uma concepção “problematizadora” da educação.

A educação problematizadora se estabelece numa relação horizontal de A (educador-educando) com B (educando-educador) mediatizados pelo mundo. Portanto, rompe com os esquemas verticais da educação bancária, ou seja, educador e educando são considerados como sujeitos do processo educativo. O educador educa na medida em que se educa com o educando; ambos aprendem juntos, através do diálogo. Freire (1988) afirma que o ponto de partida da educação problematizadora é o caráter histórico e a historicidade dos homens.

“A educação problematizadora está fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras (...) (Freire 1980, p. 81).

A educação crítica considera os homens como seres em devir, como seres inacabados, incompletos em uma realidade igualmente inacabada e juntamente com ela” (Freire, 1980, p. 81).

Assim considerando-se, define-se o processo ensino-aprendizagem não como uma ação de transmissão-repetição, mas como um ato de reconstrução coletiva.

Segundo Freire (1996) o ciclo de conhecimento apresenta dois momentos: o da produção do conhecimento novo e o outro que é do conhecimento já existente. O que ocorre, em nossas práticas educativas é o segundo momento, no entanto, exclusiva pelo mecanismo de reprodução do conhecimento acumulado. Assim, o conhecimento assume direção e sentido únicos, quais sejam: direção vertical e sentido de cima para baixo. Isto porque o conhecimento é imposto pelo educador, a partir da visão de seu mundo. Agindo assim, não oportuniza ao indivíduo condições para que ele possa explorar o conhecimento a partir do seu mundo, restando-lhe, apenas, a alternativa da doação, da repetição, matando-se a criatividade para produzir novos conhecimentos e negando-se o conhecimento como processo de busca.

O processo educativo, que ultrapassa os limites da reprodução, reveste-se de uma relação de significância para o educando. Ele (o educando) sente-se desafiado a explorar e aprofundar o seu conhecimento. É a partir deste momento que ele recria o conhecimento, por conseguinte, é a partir deste momento que se inicia a aprendizagem significativa, ou seja, dá-se a negação do processo de “enchimento de cabeças”. Conhecimento, portanto,

“não é um ato, através do qual, um sujeito transformado em objeto recebe, dócil e passivamente, os conteúdos que o outro lhe oferece ou impõe. O conhecimento(...) exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer...” (Freire, 1983, p.27).

Para que os indivíduos (re)elaborem o conhecimento, é necessário que ocorra a busca constante. E, é este movimento incessante de busca que estimula a criatividade dos indivíduos e os conduz a uma ação-reflexão sobre a realidade concreta. Assim, eles transformam a sua “consciência arquivo” em “consciência crítica”. Então, quando os sujeitos alcançam o nível da consciência crítica, eles começam a atuar no sentido de mudança da condição de oprimido para a de libertado.

É pela recriação do conhecimento, pela compreensão dos determinantes sócio-político-econômico-culturais, envolvidos na produção e utilização deste conhecimento, que se chega à produção de novos conhecimentos, que correspondem ao projeto sócio-político libertador, ou, ao processo de “humanização do homem”.

Freire (1980), coloca como fundamento da sua proposta pedagógica a relação homem-realidade, homem-mundo, num sentido dinâmico, mutável, ontogenético. Na prática problematizadora, os educandos desenvolvem sua capacidade de compreensão do mundo que os cerca, “*a partir do seu aqui e do seu agora*” (Freire, 1980. p. 82), e desta análise reflexiva, é que se estrutura o conteúdo programático. “*Nunca houve nem pode haver educação sem conteúdo*” (Freire, 1992 p. 112), portanto, não há prática educativa sem conteúdo.

Na abordagem problematizadora, o conteúdo programático não pode ser fragmentado, ou, previamente estruturado pelo educador; ele é construído de forma participativa e a partir da experiência existencial do educando e do

educador. Os conteúdos são gerados pelas necessidades da vida social, ou dos interesses manifestados pelo grupo, ou seja, o experienciado, o vivido, o útil. Não há como ignorar as situações concretas de vida dos educandos. Negando-se ou ignorando-se esta realidade, impede-se que os indivíduos discutam-na e estabeleçam relações do seu modo de viver com todo o processo histórico da sociedade. Assim, os conteúdos são considerados vivos, concretos, e a aprendizagem é um processo de recriação do conhecimento que gera satisfação, prazer (con)vivência.

Na visão freireana, a educação para a libertação, se fundamenta na problematização do aqui e do agora dos educandos, e tem como objetivo primordial: “...*permitir ao homem a chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, fazer a cultura e a história...*” (Freire, 1980, p. 40).

Fica evidente que para se alcançar tais propósitos, necessário se faz a adoção de uma metodologia que enseje o diálogo, a participação efetiva de todos os envolvidos na ação educativa (educador e educandos), porque o diálogo favorece a articulação autêntica do refletir e do agir. Então, a prática educativa é práxis e não simples ativismo ou mero verbalismo. E, é nesta práxis que os sujeitos se encontram e procuram, em comunhão, as razões e as causas verdadeiras dos fatos (Freire, 1980).

A) SOBRE O DIÁLOGO

Um instrumento importante da educação problematizadora é o diálogo, sendo a dialogicidade uma necessidade existencial. “*O diálogo é uma exigência, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado*” (Freire, 1988, p. 93).

O diálogo é a própria palavra, e possui duas dimensões: ação e reflexão. A palavra sem a dimensão de ação, se torna palavreado vazio, vira verbalismo. A palavra sem a dimensão de reflexão, se torna ativismo (Freire 1988).

Para que o diálogo seja estabelecido entre os sujeitos envolvidos no processo educativo, é necessário que ocorra, entre eles, uma “relação de empatia”, a qual se caracteriza por ser: amorosa, humilde, crítica, esperançosa, confiante e criadora (Freire, 1991, p. 69). Na visão freireana o diálogo é um ato de amor, de humildade, de fé, esperança e de um pensar verdadeiro.

Segundo Freire (1988,p.93), “*não há diálogo se não há amor*”. O amor só ocorre numa relação entre sujeitos que se respeitam mutuamente. O amor, numa visão dialógica, não se confunde com piedade, paternalismo ou caridade. Ele é camaradagem, é fala, é convivência, é troca.

“*Não há diálogo, se não há humildade*”(ibidem p 94). O antidiálogo é arrogante, humilhante, hierarquizante. A humildade, ao contrário, não se constitui em conquista, em competição, em divisão; ela é participação, colaboração, companheirismo, encontro. Numa relação dialógica, “*não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais*” (Freire, 1988, p. 81).

“*Não há diálogo se não há fé*”(ibidem p.95). A fé na educação dialógica, é a capacidade do sujeito de fazer e refazer, de criar e de recriar, de transformar.

“*Não há diálogo, se não há esperança*”. “*A esperança está na própria essência da imperfeição dos homens, levando-os a uma eterna busca*” (Freire, 1988, p. 82). A esperança, portanto, não é a espera paciente e passiva, mas a procura inquietante, problematizadora.

“*Não há diálogo se não há um pensar verdadeiro*”(ibidem p.97). Um pensar-verdadeiro implica em um pensar crítico. O pensar crítico se opõe à adaptação, pois ele orienta para o rompimento, ou seja, para a transformação.

Para que o diálogo se efetive , é necessário que haja um “objeto de conhecimento”, sobre o qual os indivíduos dialoguem. Este objeto deve ser de conhecimento dos interlocutores, que assim trocam informações, impressões, opiniões, enfim, conhecimentos.

O *diálogo* é o instrumento do processo educativo e para que o diálogo seja estabelecido entre os sujeitos envolvidos nesse processo, é necessário que ocorra, uma relação de empatia que se caracteriza em ser amorosa, humilde, crítica, esperançosa, confiante e criadora. O diálogo é o encontro dos homens em que solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado (Freire 1980,1988).

O conceito *Diálogo* foi o elemento chave durante o desenvolvimento do processo educativo. Demonstrou ser um conceito básico e necessário para quem se propõe a desenvolver uma prática educativa baseada nas concepções de Paulo Freire.

Vivenciar o conceito de diálogo neste processo educativo, foi uma tarefa desafiante e ao mesmo tempo educativa. Desafiante porque num primeiro momento o modelo introjetado é o de transmitir conhecimento. Nestes momentos, precisei conter o ímpeto de ensinar, de manipular, ou de assumir a postura de espectador. Neste enfoque, o meu papel era , na maioria das vezes, de facilitador de dirigir o questionamento, se fazer presente, não como um transmissor de conhecimentos, mas como um facilitador, do processo de reorganização do conhecimento do grupo. Neste sentido, busquei motivar a participação e estimular o grupo a reflexão. Foi educativo, porque permitiu confirmar a necessidade de que a forma de fazer educação em saúde (muitas

vezes só no monólogo) precisa ser revista. A suposta universalidade do nosso conhecimento precisa dar espaço para o refletir entre os sujeitos envolvidos no processo educativo, para que seja estabelecido em comunhão as causas verdadeiras dos fatos.

O diálogo manifestou-se pela relação de amor, de humildade, que constitui numa convivência enfermeira/mães/famílias/, onde o respeito mútuo permeou todo o processo.

O diálogo se deu de maneira sincera, com simplicidade, com falas e com trocas, sendo que as participantes envolvidas se mostraram abertas e participativas, num relacionamento amoroso, caracterizado por risos, abraços, afeto e pela solidariedade. Nesta experiência, todas contribuíram com suas vivências e seus saberes, todas buscaram respostas e, à medida que isto acontecia, aprofundou-se a reflexão em torno do vivido ampliando e construindo o conhecimento. A enfermeira adotou em relação ao grupo, uma atitude de respeito, de aceitação, de humildade e de confiança nas potencialidades do mesmo.

B) SOBRE A CONSCIENTIZAÇÃO

“A conscientização é tomar posse da realidade (...) é o olhar mais crítico possível da realidade, que a “des-vela” para conhecê-la...” (Freire, 1980, p. 29).

Daí que, à medida que os indivíduos, aprofundam sua compreensão sobre a realidade, há também o aprofundamento da tomada de consciência, pois a consciência se embasa na relação consciência-mundo. Então, quanto mais se conhece criticamente a realidade, maior é o nível de conscientização e maiores são as condições de se transformar esta realidade.

Se me ponho numa posição idealista, dicotomizando consciência e realidade, submeto estão àquela, como se a realidade fosse constituído pela consciência. Assim, a transformação da realidade se dá pela transformação da consciência. Se me ponho numa posição mecanicista, dicotomizando igualmente consciência como um espelho que reflete a realidade. Em ambos os casos, nego a conscientização que só existe quando não apenas reconheço mas experimento a dialeticidade entre objetividade e subjetividade, realidade e consciência, prática e teoria” (Freire, 1987, p. 144).

“A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor sem o ato ação-reflexão”. (1980, p. 27).

Por isso, é necessário que haja constante unidade entre ação e reflexão. Para transformar a realidade, para desenvolver ação sobre a realidade, transformando-a, é necessário conhecer a realidade.

A conscientização não implica, apenas, em tomar conhecimento da realidade. Denunciar e anunciar a realidade na qual o homem se insere exige conhecimento crítico. O conhecimento crítico qualifica-se, pois, por um conhecimento que se constrói a partir do diálogo sobre um contexto existencial.

O processo de conscientização deve encaminhar o indivíduo a atingir a consciência crítica, que se caracteriza pela inquietude, pelo questionamento, pela procura das verdadeiras causas dos fatos, pelo comprometimento.

Conscientização é concebida como o “desvelar da realidade”, aprofundar, analisar e refletir criticamente a compreensão da situação existencial, pela inquietude, pelo questionamento, pela procura das verdadeiras causas dos fatos, pelo comprometimento e leva a uma ação na busca de sua superação.

Transformação é entendida como resultado da reflexão e ação do ser humano sobre a realidade, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo,

modificando a realidade. *Às vezes as transformações são evidentes, rápidas e concretas, outras vezes são abstratas, permanece em cada consciência e o que acontece é a sensibilização dos membros do grupo para um novo olhar da realidade* (Saupe, Brito, Giorgi, 1997, p.134).

No decorrer dos encontros percebi *transformações*, mudanças de atitudes no grupo de mães/famílias, sendo que esta convivência modificou e transformou a todos nós. A palavra transformação quando vem a tona, traz em mente a idéia de algo revolucionário que rompe significativamente com uma ordem já estabelecida, que seja percebido por todos. As transformações que ocorreram no grupo foram sutis, e se revelaram na participação crescente do grupo nas discussões, e no expressar as suas idéias no grupo. Durante a discussão temática, a reflexão foi um pensar e repensar a realidade, fizemos sínteses e definimos alternativas para a ação.

Para possibilitar o desenvolvimento do processo educativo, Freire utiliza-se de um método denominado por ele de itinerário de pesquisa, que procura em etapas resgatar a capacidade crítica dos educandos e educadores. O método acontece em três etapas: **Investigação Temática**, que se dá em duas etapas a codificação e decodificação; **Tematização e a Problematização**.

C) INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

Esta é a etapa em que se realiza a investigação da cotidianidade dos educandos. Tal investigação se realiza para que o educador apreenda a realidade na qual os educandos estão inseridos. A partir desta investigação, determina-se o conjunto de temas geradores ligados à sua experiência existencial, que devem ser codificados e decodificados pelo grupo (educandos e educadores) para que, posteriormente, se proceda à estrutura do conteúdo programático.

Um dos pressupostos fundamentais da educação problematizadora é o de perceber o homem no seu sentido ontológico. Se o papel do educador-dialógico não é o de narrar sobre informes para os seus alunos, então, ele precisa conhecer em que condições existenciais vivem os educandos, para depois, devolver-lhes as análises efetuadas, mas, não de forma narrativa e sim, de forma problematizada.

“O que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, a sua visão de mundo, em que se encontram envolvidos os seus temas geradores” (Freire, 1988, p.88).

“Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade que está em sua práxis. Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade. (...) Captar estes temas é compreendê-los, e portanto, os homens que os encarnam a realidade à qual se referem. (...) A procura temática converte-se assim numa luta comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural de tipo libertador” (Freire, 1980, p. 32-33).

O desenvolvimento da investigação temática dá-se em duas etapas: codificação e decodificação.

Codificação Existencial

A codificação existencial consiste em identificar as condições existenciais do grupo de educandos, apresentando aos mesmos, através de diferentes canais de comunicação, dados coletados na realidade de seu dia-a-dia (“temas geradores”) para que sejam reconhecidos e analisados criticamente, numa “operação decodificadora”.

De acordo com Freire (1988, p.109) as codificações são, de um lado:

“...a mediação entre o “contexto concreto ou real”, em que se dão os fatos, e o “contexto teórico” em que são analisados; de outro, são o objeto cognoscível sobre o que o educador-educando e os educandos-educadores, como sujeitos cognoscentes, incidem sua reflexão crítica”.

Ainda, com relação à codificação, Freire (1987, p.52) explicita que:

“A codificação, em última análise, no contexto teórico, transforma a quotidianidade que ela representam um objeto cognoscível. Desta forma , em lugar de receberem uma explicação em torno deste ou daquele fato, os educandos analisam, com o educador, aspectos de sua própria prática, em suas implicações mais diversas”.

Decodificação Existencial

“(...) a decodificação - decompor o código em seus elementos constituintes - é a operação pela qual os sujeitos conhecedores percebem as relações entre os fatos que a situação real apresenta, relações que antes não eram percebidas.

O fim da decodificação é chegar a um nível crítico de conhecimento, começando pela experiência que o aluno tem de sua situação em seu contexto real” (Freire, 1980 p. 31-2)”.

A decodificação existencial implica num questionamento, numa atitude reflexiva das situações vivenciadas.

Esta etapa constitui-se portanto, num momento fundamental, para a delimitação dos temas que farão parte do programa de educação em saúde. Isto porque, a decodificação dialógica, fornece, pela dialogicidade, os temas que constituirão o eixo catalizador das unidades de estudo.

Feita a identificação dos temas fundamentais, o grupo procura organizar o programa a ser implantado. Esta atividade é integrante do segundo grande momento da proposta metodológica freireana, qual seja, a tematização.

D) TEMATIZAÇÃO

Após o levantamento de dados, reflexão e análise sobre as situações codificadas, o educador passa ao processo de “redução temática”. A redução temática consiste na busca dos núcleos fundamentais dos temas, que constituirão as unidades programáticas. Neste processo de elaboração do programa, o educador poderá sugerir a introdução de temas, que não foram identificados, quando da investigação temática, e, que sejam necessários (mas não alheios à realidade dos educandos) a melhor compreensão dos demais temas.

“A introdução destes temas, de necessidade comprovada, corresponde, inclusive, à dialogicidade da educação, de que tanto temos falado. Se a programação educativa é dialógica, isto significa o direito que também têm os educadores-educandos de participar dela, incluindo temas não sugeridos. A estes, por sua função, chamamos “temas dobradiças” (Freire, 1988, p.115 – 116).

Freire (1988, ibidem, p. 117) sugere, como recursos didáticos problematizadores: fotografias, slides, cartazes, filmes, leitura e discussão de textos (artigos de revistas e jornais e capítulos de livros), entrevistas, dramatizações...

E) PROBLEMATIZAÇÃO

Preparado o material, a que se juntariam pré-livros sobre toda esta temática, estará a equipe de educadores apta a devolvê-la ao povo, sistematizada e ampliada. Temática que, sendo dele, volta agora a ele, como problemas a serem decifrados, jamais como conteúdos a serem depositados” (Freire, 1988, p. 118).

O terceiro momento da proposta metodológica problematizadora é o momento eminentemente pedagógico. É o momento do retorno, quando educador e educandos passam a “produzir” conhecimentos, através do diálogo sobre os temas que lhes são familiares.

Assim, neste permanente movimento de investigação-tematização-problematização, se dá a educação problematizadora, cujo objetivo essencial é provocar uma atitude de reflexão que comprometa a ação.

A educação problematizadora, por reivindicar a compreensão da realidade, inverte o processo educativo, não se limita a simples descrição dos fatos. Nela, o conhecimento resulta da pesquisa e experiência vivenciados e analisados criticamente pelos educadores com os educandos.

O pensamento de Paulo Freire (1992), como uma pedagogia alternativa, pretende ir ao encontro do ser humano em sua vocação ontológica e histórica e em sua necessidade de realizar-se como ser inacabado dentro de sua realidade, também inacabada. É uma proposta que busca estimular a capacidade criativa dos educadores, tendo o diálogo como mediação entre os homens e seu mundo.

No campo educacional, apresenta como alternativa a problematização em que os educandos, pelo diálogo, são sujeitos do ato de aprender e propõe um método que possibilita uma profunda conscientização, como instrumento de uma nova aprendizagem e, em que a práxis, união entre ação e reflexão, é palavra autêntica dos que conhecem e podem pronunciar e admirar seu mundo.

3 - O ITINERÁRIO

Neste tópico descreverei o itinerário que foi percorrido durante o desenvolvimento deste estudo

A palavra itinerário significa segundo o Dicionário Etimológico um “roteiro de viagem, caminho” (Cunha,1998.p.450). Paulo Freire ao propor sua proposta pedagógica faz uso da palavra para descrever o processo de que se utiliza para a alfabetização de adultos. Ele demonstra os caminhos seguidos e a seguir na longa viagem da alfabetização. Usarei a palavra itinerário para descrever os caminhos que percorri com as famílias para a realização deste estudo.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

O local onde a experiência deste estudo aconteceu foi a Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), durante o período de junho e julho 1999. Justifica-se esta escolha por algumas razões: por ser campo de ensino, pesquisa

e extensão, por ser o local onde desenvolvo atividades de ensino e por estar familiarizada com a equipe de saúde e com as rotinas do setor.

Considero importante para melhor compreender o contexto, apresentar algumas das características do HU e da UIP.

O Hospital Universitário localiza-se no Campus Universitário da UFSC, e foi inaugurado em maio de 1980. É um hospital geral que funciona como órgão suplementar da UFSC diretamente subordinado à Reitoria e harmonizado com o Sistema Nacional de Saúde (SUS) vigente e tem por finalidade promover atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, bem como fornecer assistência a comunidade. A direção é composta de diretor-geral, vice-diretor, diretores de medicina e enfermagem, que são docentes do Centro de Ciências da Saúde; o diretor administrativo e o de apoio assistencial são servidores do HU-UFSC.

Sobre a missão do hospital definida pela direção é a seguinte (Debetir et al, 1991):

1 – *“Ter o campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob a orientação das coordenadorias e dos departamentos de ensino do Centro de Ciências da Saúde (CCS), que nela atuam efetivamente”;*

2 – *“Prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária”.*

O quadro de pessoal é constituído de servidores efetivos e contratados via Fundação de Amparo à Pesquisa Universitária (FAPEU). Há participação de docentes em cargos administrativos, como assistentes e colaboradores nos períodos de estágios curriculares, bem como em comissões temporárias.

O hospital tem duzentos e quarenta e seis (246) leitos ativados. A assistência é prestada nos níveis ambulatorial, de emergência e de internação, distribuídos em seis unidades. Há serviços de clínica médica e cirúrgica, tocoginecologia, pediatria, obstetrícia e neonatologia.

Com a vigência do Sistema Único de Saúde, o hospital atende a qualquer pessoa, independente de convênio com a Previdência Social, sendo o atendimento universal e igualitário.

A enfermagem está subordinada à diretoria de enfermagem que tem como filosofia a crença que:

- a) todo o ser humano tem direito à vida, liberdade e segurança pessoal, igualdade em dignidade e direitos, sem distinção de qualquer espécie, seja raça, cor, sexo, língua, religião, opinião e classe social;
- b) a saúde é uma condição de bem-estar do ser humano, em que ele está em equilíbrio consigo mesmo e com o meio ambiente;
- c) a enfermagem é um serviço prestado ao homem, e assim, a prática de enfermagem é uma arte e o seu exercício exige conhecimentos científicos próprios, a serem consolidados e ampliados. Na atualidade, a natureza deste serviço prestado ao homem é o atendimento das necessidades básicas, sempre visando a independência do homem desta assistência, em situações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, e
- d) a enfermagem, pelas suas características pode somente ser exercitada em equipe, levando ao compromisso da prática cooperativa na enfermagem. O enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, deve implementar este sistema cooperativo, através do exercício de liderança autêntica, em que encontra um equilíbrio das ações expressivas e instrumentais, agindo de forma deliberada e não automática (HU, 1980).

A Pediatria não possui uma filosofia escrita, mas tem alguns princípios que norteiam a assistência à clientela. Segundo a fala de Padilha (1999)², *“toda criança internada tem direito a um acompanhante; a idade de internação é de 29 dias à 14 anos; toda a criança é assistida de forma adequada pôr uma equipe multiprofissional qualificada e recebe atendimento sem distinção de qualquer espécie”*. Ainda segundo a mesma, na pediatria funciona um grupo de profissionais, entre eles, enfermeiros, nutricionista, psicóloga e assistente social, com objetivo de trocar informações dos pacientes internados, bem como, implementar e avaliar a assistência prestada. Este grupo se reúne na primeira quarta-feira de cada mês.

A unidade de Internação Pediátrica, está localizada no segundo (2º) andar do hospital, com capacidade de trinta e cinco (35) leitos e cinco (5) de observação.

A pediatria conta com uma equipe multiprofissional, composta da equipe de enfermagem, (constituídas de oito enfermeiras, vinte quatro técnicas de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem e um agente administrativo), uma assistente social, cinco pediatras, uma psicóloga, uma recreacionista e uma nutricionista. Atuam também junto aos clientes, docentes, discentes de enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e medicina.

Em sua estrutura física, possui sala de preparo de medicação, curativo, lanche dos funcionários, copa, expurgo, rouparia, sala para guarda de equipamentos, refeitório, banheiro de funcionários, dormitório dos residentes de medicina, sala de aula, de recreação, de chefia, solário, dois quartos de isolamento, duas enfermarias sendo uma para lactente e outra para pré-escolar e escolar e três quartos para adolescente.

² Fragmentos de um diálogo com a Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria da Instituição em estudo.

A enfermaria dos lactentes está dividida em quatro quartos com três leitos cada e um banheiro para a higienização. A enfermaria do pré-escolar e escolar está dividida em dois quartos de seis leitos cada e um banheiro para a higienização. A mobília consta de camas, mesinhas de cabeceira, escada, armários embutidos, pias e cadeiras reclináveis. Os quartos dos adolescentes tem em cada quarto, duas camas, banheiro, mesinha de cabeceira, escada e cadeira.

A faixa etária atendida varia de um mês a quatorze anos, concentrando-se, porém, entre os lactentes e crianças em idade pré-escolar.

A população que procura o atendimento no HU pertence à população pobre, que em sua grande maioria, vem da Grande Florianópolis e cidades do interior do Estado. Admite crianças com quadros clínicos mais comuns, como diarreia, respiratórios, urinários; enfermidades crônicas como hepatopatias, nefropatias, doenças oncológicas, cardíacas, neurológicas, politraumatizados são transferidos para outra instituição pediátrica.

É permitida, para cada criança a presença de um acompanhante durante vinte e quatro horas, sendo usualmente a mãe que permanece no hospital. Cada leito dispõe de uma cadeira reclinável para a mãe pernoitar. O Serviço de Nutrição fornece cartão-refeição para a alimentação e esta é realizada no refeitório do HU. Os mais necessitados recebem também, uma ajuda financeira para o transporte através do Serviço Social.

A criança chega a UIP encaminhada pela sala de observação ou diretamente do Serviço de Emergência Pediátrica. Quando chega na unidade, é recebida pela enfermagem e esta fornece-lhe os primeiros cuidados. O familiar pode o acompanhar as atividades, se desejar. É informado ao familiar sobre a possibilidade de trazer roupas e objetos de uso pessoal da criança, tais como escova de dentes, pente e brinquedos simples. Informa-se aos pais que o hospital

não se responsabiliza pela guarda dos objetos, em virtude do grande número de pessoas que circulam pela enfermeira.

A enfermeira faz uma entrevista para colher informações sobre a história da criança e da doença, os sintomas, internações anteriores, investiga os hábitos da criança, uso de chupeta ou outro objeto qualquer de estimulação. Após entrega à família, um folheto explicativo sobre as rotinas da UIP. Quando existe disponibilidade lê o folheto com os pais, explicando-lhes cada um dos itens, orientando-os sobre a possibilidade de acompanharem a criança vinte e quatro horas por dia e, também, sobre o papel do acompanhante. O familiar pode cuidar de sua criança, dar-lhe banho, trocá-la e alimentá-la. Orienta também sobre cuidados de higiene, bem como rotinas, normas e horários da unidade, e são informados sobre as condições que lhes são oferecidas no hospital, tais como: cartão-refeição, banho, uso do telefone e condições para dormir.

Terminada a entrevista, os pais e a criança são encaminhados para a enfermaria. A enfermeira prepara-os para as próximas etapas da recepção, como as demais entrevistas a serem realizadas pela nutricionista, assistente social e a anamnese, realizada pelo estudante de medicina. A nutricionista investiga os hábitos alimentares da criança, informando aos pais as rotinas e horários de alimentação, bem como sobre as possibilidades de atender às reivindicações ligadas à nutrição da criança.

Não é permitido que pais e visitantes tragam alimentos para o hospital. Esse cuidado existe em função do grande número de crianças que recebem dietas especiais, tornando-se difícil o controle das mesmas, quando os alimentos vem de fora.

A assistente social entrevista os pais, investigando a situação sócio-econômica da família, condições e local de moradia, emprego e recursos para locomoverem-se até o hospital.

É atribuição do estudante de medicina, o interno, fazer a entrevista de anamnese. Este coleta informações sobre a história da criança e da doença, o surgimento dos sintomas, exames, tratamentos e internações anteriores.

Esta seqüência de entrevista, na prática, não ocorre segundo uma ordenação rígida. Geralmente, a primeira entrevista é feita pela medicina, mas há casos em que a enfermagem é quem fala primeiro com o familiar, o que depende da disponibilidade do profissional e da família. As entrevistas também não acontecem necessariamente no mesmo dia.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO

A população alvo deste estudo foi constituída de um grupo de mães, por serem elas que acompanhavam a internação das crianças. Como já explicado anteriormente, considereirei este grupo como família, apesar do diálogo ter acontecido apenas com este membro da família.

Os critérios que fundamentaram a seleção das mães/famílias foram assim estabelecidos:

- a) mães/famílias, que se dispusessem e quisessem participar da prática educativa no âmbito grupal; e
- b) mães/famílias que mais tempo permaneceriam no hospital.

Participaram dos encontros, seis mães. O número de participantes oscilou entre três a seis mães, havendo rotatividade dos componentes, com exceção de três delas, que participaram de todos os encontros. As mães tiveram seus nomes substituídos por nomes fictícios, com o objetivo de manter a privacidade.

MÃE	IDADE	Nº FILHOS	RENDA FAMILIAR	SITUAÇÃO CONJUGAL	PROCEDÊNCIA
Júlia	22	02	200,00	1º casamento	Palhoça
Marta	19	02	205,00	1º casamento	Palhoça
Nádia	27	02	160,00	2º casamento	São José
Sandra	22	03	-----	1º casamento	Biguaçu
Lídia	25	03	350,00	2º casamento	São José
Rosa	37	04	200,00	1º casamento	Palhoça

A) CONDIÇÕES SÓCIO-ECÔNOMICO-CULTURAIS DAS FAMÍLIAS

Dialogando com as famílias, analisando o histórico de enfermagem e conversando com a equipe de saúde, pude delinear um perfil das condições econômicas e culturais das famílias estudadas.

Estas famílias, na sua maioria, são formadas por núcleos pequenos. Constatei que três famílias são compostas de quatro membros, duas com cinco membros e outra com seis membros (casal e filhos). Em relação ao estado civil, todas eram casadas, sendo que duas estavam no segundo casamento. Quatro famílias sobrevivem com uma renda mensal de duzentos reais, uma com trezentos e cinquenta reais, e uma situação extrema, também foi encontrada, como é o caso de uma família que não tem nenhum tipo de rendimento.

As famílias apresentam ocupações semelhantes. Todas as mulheres todas executam atividades do lar, que incluem os cuidados com os filhos e com a casa. Quanto à ocupação dos maridos, quatro são serventes de pedreiro, um é vigia noturno e o outro estava desempregado. A procedência destas famílias é da grande Florianópolis (Biguaçu, Palhoça e São José). Acerca do nível de escolarização, todas as famílias, tanto as mulheres como os homens tinham, o 1º Grau incompleto. A faixa etária se encontra entre 19 aos 37 anos.

As famílias deste estudo apresentam condições precárias de moradia. Todas moram em casa de madeira, com em média, dois cômodos (cozinha e quarto). O banheiro é do tipo privada, fica fora do corpo da casa. Todas as moradias dispõem de energia elétrica, e somente três famílias têm acesso à rede geral de esgoto, sendo que as demais condições sanitárias são inadequadas, e os dejetos são despejados em vala aberta. Mesmo estando todas as moradias ligadas à rede geral de abastecimento de água, muitas não têm canalização interna. Puxam água do vizinho através de uma mangueira, além de ser freqüente a falta de água no local.

O lixo coletivo é recolhido pela COMCAP uma vez na semana, nos demais dias, o lixo é acumulado no quintal de suas casas. O lazer das famílias se constitui em assistir aos domingos, televisão, ouvir rádio, assistir futebol dos times do local, visitar e receber a visita de parentes.

Os diagnósticos apresentados e o motivo da internação das crianças, foram diferenciados, havendo patologia como diarreia, crise asmática, anemia falciforme e distúrbio na motilidade intestinal. Quanto à idade das crianças, varia entre trinta dias e cinco anos, o tempo de internação variou de dez a vinte dias.

3.3 VIVENCIANDO A METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

A partir daqui apresento os diferentes momentos que caracterizaram a operacionalização do processo educativo desenvolvido. Constituiu-se de seis encontros, com a participação de seis mães, por serem elas que estavam acompanhando os filhos na internação. O número de participantes oscilou entre

três a seis pessoas, com exceção de três delas, Júlia, Marta e Sandra, que participaram de todos os encontros.

O processo educativo foi sistematizado, para fins didáticos, em cinco etapas que se entrelaçaram ao longo do processo e foram orientadas pela construção didático-pedagógica proposta por Freire (1988), adaptadas a realidade estudada. Às etapas foram denominadas de:

1ª Aproximar as mães/famílias;

2ª Formar o grupo;

3ª Conhecer a realidade do grupo- levantamento dos temas geradores;

4ª Planejar as ações educativas; e

5ª Capacitar para uma práxis (reflexão – ação) pela discussão temática.

O ponto de partida para o desenvolvimento deste processo foi o de encaminhar o projeto para a Comissão de Ética, (Anexo 1) a fim de ser submetido a análise. Após o aceite foi apresentada a viabilidade do mesmo, junto à Chefia de Enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica (UIP).

Passo a seguir para a apresentação sucinta dos diferentes momentos-encontros desta prática educativa.

1º Momento – Aproximar as mães/famílias

Os primeiros momentos de aproximação foram caracterizados pelo reconhecimento do campo, observação da dinâmica da unidade e conversas informais com a equipe de saúde e com as mães/famílias. Esta aproximação levou em torno de dez dias, e me permitiu conhecer as mães, interagir com as crianças de maneira informal, tornar-me conhecida, despertando a confiança das mães. Neste momento foi realizado o convite a todas as mães para um encontro mais formal, a fim de discutir a dinâmica da minha proposta educativa.

2º Momento – Formar o grupo / 1º encontro

Este primeiro encontro com as mães/famílias, foi caracterizado pela apresentação da autora e das participantes, abordagem das questões éticas e confirmação de local, data e hora dos encontros. Foi o momento em que se deram os primeiros contatos entre as participantes do grupo, e as primeiras percepções. Neste primeiro encontro participaram seis mães, e manifestaram grande interesse em fazer parte do meu estudo, principalmente pela oportunidade de trocar, compartilhar e conhecer melhor a situação saúde-doença de seu filho.

3º Momento – Conhecer a Realidade – Levantamento dos temas geradores / 2º e 3º encontro

Esta etapa aconteceu em dois momentos, 2º e 3º encontro. O segundo encontro foi caracterizado pela busca da realidade das mães/famílias através do diálogo para apreender a realidade concreta das participantes, e início de um diálogo reflexivo das suas situações existenciais.

O terceiro encontro foi caracterizado pela reflexão sobre: O que é cuidar da saúde? Quais as dificuldades que se defrontam ao cuidar de seus membros?

4º Momento – Planejar as Ações Educativas / 4º encontro

O quarto encontro foi caracterizado pela estruturação de temas a serem trabalhados em conjunto com as mães/família de acordo com a prioridade estabelecida por elas.

5º Momento – Capacitar para uma práxis (reflexão-ação) pela discussão temática / 5º e 6º encontro

Esta etapa se deu em dois momentos, 5º e 6º encontro foi caracterizado pela produção do conhecimento.

No 5º encontro, o grupo desenvolveu a temática Saúde e Higiene Ambiental, e no 6º encontro as temáticas Lavar as Mãos e Saúde e Emprego.

O diálogo em torno dos temas, foi de compartilhar conhecimentos e experiências, o que possibilitou a exploração dos temas. Nesta exploração, o diálogo foi complementado por outras estratégias como, uso de fotografias, cartazes e colagens.

O último momento que seria o sétimo encontro, estava planejado para o fechamento do tema Saúde e Emprego e para a despedida e agradecimentos pela participação no estudo. Este momento não ocorreu, na segunda-feira à noite ao chegar na instituição, constatei que as participantes do grupo haviam recebido alta hospitalar.

3.4 ANÁLISE DOS ENCONTROS

A análise foi acontecendo ao longo do estudo. No final de cada encontro, o grupo fazia uma síntese das discussões do dia, a qual era complementada no início do encontro seguinte quando esta síntese era por mim retomada no intuito de validá-la. Este momento de sumarização demonstrou um aspecto importante dos encontros porque, traduzia a essência do diálogo e oportunizou a organização dos dados para serem validados.

Outro elemento importante para a análise, foi a transcrição das gravações feitas de alguns encontros, o que permitiu uma análise mais profunda das falas, a fim de selecionar àquelas que melhor se adequariam ao estudo. Os encontros que não foram gravados, foram os referentes à discussão temática, sendo

registradas durante o encontro e, no final da discussão o grupo sintetizava as idéias ora oralmente, ora pela escrita.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS DA PROPOSTA EDUCATIVA

As questões éticas permearam todo o processo educativo. O ser humano foi considerado o sujeito principal nesta prática educativa e o respeito aos seus direitos foi a premissa maior que norteou as ações de enfermagem.

Um ponto que se fez notadamente importante neste trabalho, foi que no início dos trabalhos de grupo, foram prestados esclarecimentos, em relação ao propósito e a importância da participação de cada uma das famílias/mães. Outros pontos também esclarecidos foram: a duração e o desenvolvimento deste estudo, e o tratamento e o destino dos dados obtidos. Também foi assegurado o anonimato, a liberdade de decidir sobre a continuidade ou não neste projeto e solicitação de fazer gravações de suas falas. Após a exposição e discussão destes pontos, foi solicitado oralmente o seu consentimento para o desenvolvimento do trabalho.

A proteção ao bem estar, à segurança, e a auto determinação das participantes individualmente e do grupo como um todo, foram observados em todos os momentos do desenvolvimento deste trabalho. Procurou-se sempre preservar a auto-imagem, a integridade pessoal e grupal destas famílias.

Este trabalho essencialmente pautado no diálogo foi fundamentado numa relação de respeito mútuo, de empatia, de dignidade, de humildade e de compreensão, permitindo a todas as participantes expressarem o seu pensar, suas posições, e o seu agir. Isto permitiu compreender as questões que nortearam a

nossa prática educativa e as condições de vida das famílias, sendo que cada participante entrou na intimidade de cada família. As opiniões não eram omitidas ou negligenciadas, porém eram refletidas de acordo com seus valores.

4 - DESCRIVENDO AS ETAPAS DO PROCESSO EDUCATIVO

Neste capítulo, exponho, detalhadamente como as etapas do processo educativo foram implementadas na prática.

É importante dizer que estes momentos não se deram de forma estanque, linear, ao contrário eles aconteceram de forma dinâmica, flexível e reflexiva. O processo educativo possibilitou conhecer as experiências vividas pelas famílias/mães trazendo-as para o grupo e, aos poucos o conhecimento foi construído, tornando-se um saber socializado. Como os encontros ocorreram de forma dinâmica, optei por apresentá-los sem seguir uma sequência rígida, conforme as etapas descritas no itinerário. Os títulos escolhidos levaram em conta, a temática de base que surgiu durante o desenvolvimento da prática educativa.

4.1 APROXIMAÇÃO E FORMAÇÃO DO GRUPO DE MÃES/FAMÍLIAS

Na primeira semana de junho a minha permanência na UIP foi diária alternando os períodos matutino e vespertino, quando realizei o reconhecimento

do campo, observei a dinâmica da unidade e conversei informalmente com a equipe de enfermagem e com as famílias/mães.

Nesta primeira aproximação, conversei informalmente com todas as mães/famílias. Demonstrava o meu interesse em desenvolver um trabalho com elas, transmitindo simpatia, e disponibilidade em conhecê-las. Expunha a minha proposta educativa de forma sucinta e clara e motivei-as a participar do grupo. Propunha-me neste momento a manter uma atitude positiva de escuta e empatia junto as mães/famílias, sem estar me preocupando em fazer registros, tomar notas, mas sim em observar, sentir, estar junto.

Também busquei interagir com as crianças, prestando cuidados tais como: levar ao colo, dar alimentação, trocar roupas, brincar e manusear álbum de fotografias.

O reconhecimento da área permitiu-me observar a sistemática da unidade e confirmar a percepção que já tinha, a de que no período matutino o movimento da unidade era mais intenso. Profissionais de diferentes áreas, enfermeiros, médicos, nutricionista, assistente social, psicóloga, acadêmicos e docentes solicitando a presença do familiar. Além disso, confirmei que o horário das visitas ocorria no período vespertino, das 14:30 às 17:00 horas e o jantar dos acompanhantes ocorre das 18:00 às 19:00 horas.

Considerando toda esta dinâmica, conversei com as mães para definir um horário mais conveniente para elas, e que não interferisse nas rotinas da unidade, uma vez que o trabalho que iria desenvolver tinha caráter transitório. Optamos, em comum acordo com as famílias, em realizar os encontros no período noturno, preferencialmente após às 19:30 horas, e em dias alternados.

Segundo Freire, (1980 p. 51) *“a aprendizagem não pode ser efetiva senão no contexto democrático das relações estabelecidas entre os alunos e*

coordenadores, e entre os alunos mutuamente.” A partir da reflexão, compreendi que era necessário e essencial que o grupo decidisse sobre o que lhe é melhor, pois só assim o processo educativo pode ser efetivo e eficaz.

Os critérios que fundamentaram a seleção das mães/famílias foram assim estabelecidos: mães/famílias, que se dispusessem e quisessem participar e as que mais tempo permaneceriam no hospital.

O primeiro encontro, foi realizado no refeitório da UIP, que é utilizada para alimentar as crianças internadas na unidade. Neste encontro compareceram as seis mães.

Inicialmente, identifiquei-me como enfermeira, docente, mestranda e apresentava alguns dados pessoais. Falei detalhadamente sobre os objetivos do meu trabalho, a finalidade acadêmica do estudo, o tratamento que seria dispensado aos dados levantados nas reuniões e a forma como seriam feitos os registros. Aproveitei para solicitar o consentimento para transcrever e gravar os encontros. Fiz também, alguns acordos em relação a confirmação e ajuste do horário noturno, local da realização dos encontros, provável duração, garantia a cada participante de deixar o grupo no momento em que isto lhe conviesse e uso de nome fictício.

Neste encontro estabelecemos os primeiros contatos e para conhecermos melhor umas às outras, cada membro se apresentou colocando o seu nome, sua idade, sua procedência, profissão, número de filhos, o motivo da internação e os dias que estavam no hospital. Foi o momento no qual se deu a primeira integração, a primeira percepção, mediada pelo diálogo entre os participantes do grupo. Esta atividade permitiu conhecer um pouco cada membro, descontraíu e aproximou as participantes.

Em comum acordo com as mães/famílias, optamos por realizar os encontros no período noturno das 20:00 às 21:00 horas, em noites alternadas para que mantivesse na medida do possível o mesmo grupo. Ficou estabelecido que o local seria a sala de aula da pediatria, que fica nas dependências da unidade pediátrica.

Entendo que este horário de certo modo impossibilitou que outros membros da família também participassem dos encontros, o que com certeza poderia torná-los mais ricos. Porém na proposta educativa de Freire (1980) o grupo decide o que é melhor para ele, e eu enquanto pesquisadora/educadora/cuidadora respeitei o desejo das mães.

A partir deste primeiro encontro, efetivamente iniciou uma certa familiaridade entre as participantes, o interesse de cada uma pela história da outra, de fixar os nomes e o desejo de colaborar com o trabalho que acabara de propor.

Transcrevo algumas falas que foram expressas pelas participantes.

“...estou aqui há três dias no mesmo quarto e não sabia o nome da minha companheira de quarto, amanhã quando acordar já posso cumprimentá-la pelo nome...”(Júlia)

“..eu gosto de aprender coisas novas, como tenho, também muito a colaborar...”(Sandra)

“...aqui a gente pode falar, conversar sem vergonha, porque temos muitas coisas em comum...”(Lídia)

Nestes relatos, as mães demonstraram um significado importante de valorização pessoal, quando foram apresentadas umas as outras e quando foram

solicitadas a falar um pouco sobre elas, sinalizando a vontade de participar de um trabalho em grupo.

Na saída, retornando para casa, fiquei pensando naquelas pessoas, na experiência e no compromisso de vivenciar um trabalho de grupo. Confesso que este momento foi difícil, já que formar um grupo não é tarefa fácil. Há todo um trabalho de bastidores, que antecede o evento, fundamental para o êxito da tarefa. Criar um ambiente propício para os trabalhos educativos em grupos exige esforço mental, motivado e estimulado pelo desejo de que os objetivos sejam atingidos. Exige espírito de humildade e fraternidade, responsabilidade profissional para não infringir regras da moral e da ética, consciência da liberdade de expressão e exige um diálogo aberto e criativo.

Neste ponto entendo que há uma proximidade com o que diz Freire (1996 p.36,74,102.), quando se refere aos saberes necessários à prática educativa que *“exige respeito a ética, exige tolerância, exige humildade, exige fraternidade, exige competência profissional, exige liberdade...”*

O grupo reuniu-se em noites alternadas e o tempo de duração das discussões variou de uma hora a uma hora e meia. As discussões prolongavam-se quando o tema em questão fazia parte da vivência, quando referia-se a aspectos práticos da vida cotidiana, o diálogo fluía naturalmente e a reflexão era enriquecida por argumentos seguros.

Os momentos de silêncio que se fazia no grupo representavam uma impotência, especialmente nas discussões iniciais quando eu o tomava como uma demonstração inequívoca de desinteresse. Embora seja difícil assumir um papel menos verbal no grupo, logo se compreende que o silêncio não significa desinteresse pelo tema, *“mas é resultado de relações estruturais entre dominados e dominador”* (Freire, 1980, p.64). Assim, para compreender a *“cultura do silêncio, é necessário primeiro fazer uma análise da dependência*

como fenômeno relacional que dá origem a diferentes formas de ser, de pensar, de expressar-se, as culturas do silêncio e as da cultura que tem uma palavra...” (ibidem p. 64).

No início dos encontros, coloquei música de ritmo suave, mas esta proposta foi alterada pelo grupo no terceiro encontro, preferindo um som do tipo sertanejo, cujo ritmo é mais acelerado e alegre.

As discussões eram precedidas por alguns minutos de conversa, e esta girava em torno da situação que estavam vivenciando em relação a internação e a saudade dos demais membros da família.

Para dar início à discussão, eu realizava com o grupo o “Exercício do Relaxamento” (Anexo 2), o qual, foi a técnica mais utilizada. Esta, ocorria no início dos encontros, para que o grupo pudesse relaxar e conseqüentemente ter uma participação mais efetiva. Ao final do encontro, tratava de validar com o grupo a técnica adotada, obtendo os seguintes depoimentos:

“...o dia todo escutei choro de criança doente, como faz bem este fundo musical e essas palavras suaves são relaxantes” (Lídia)

“ Por mim queria que todos os encontros iniciassem assim, isto me deixa com mais vontade de estar no grupo.... ” (Júlia)

..” por alguns momentos me faz esquecer que estou num hospital.” (Sandra)

4.2 COMPREENDENDO A REALIDADE PARA A TRANSFORMAÇÃO

Nesta a etapa do processo, busquei conhecer a realidade na qual estão inseridas as mães/famílias. Esta realidade é resultado da análise de pesquisa no prontuário, conversas informais com a equipe de saúde e entrevista com as famílias.

O diálogo efetuado com as participantes foi informal e, nele ocorreu a conversa sobre as características sócio-econômico e cultural das famílias. O diálogo ia acontecendo naturalmente, dispensando roteiro. Tinha que conhecer a estrutura social do grupo envolvido neste estudo. Para conhecer a sua estrutura social coletei dados onde abordei alguns aspectos como: os membros da família, ocupação, escolaridade, residência, condições de moradia e saneamento, renda familiar, lazer e condições da criança.

Trata-se, portanto, de um mergulho na realidade. Assim, mergulhei inúmeras vezes nas mães/famílias e quando retornava do “mergulho” debatia com as participantes sobre tudo o que fora registrado. A síntese deu origem ao sub-capítulo, o qual intitulei de “Condições sócio-econômico-culturais das famílias”, e que foi apresentado no itinerário (capítulo 3). Este, portanto foi um dos momentos de busca de compreensão da realidade. Esta busca é o que *“inaugura o diálogo da educação como prática da liberdade”*(Freire, 1988, p. 87). Mas, sempre que foi necessário retornar à busca, e assim o fiz.

Havia assim estabelecido a primeira aproximação com a realidade, ou seja, tinha concluído, mas de forma inconclusa o levantamento preliminar sobre as famílias. As reflexões com o grupo sobre os dados obtidos nesta primeira aproximação com a realidade, indicava o tema de fundo “Condições de vida das famílias” e teria a propriedade catalisadora, no sentido de ser ele o

desencadeador das discussões decodificadoras que nos conduziu à organização dos temas.

O processo de decodificação consistiu numa análise crítica, através do diálogo das situações vivenciadas pelo grupo e identificadas por mim. Neste processo, segundo Freire (1988), os educandos, auxiliados pelos educadores começam a descobrir-se, a projetar-se para fora de sua realidade, fazendo com que os temas geradores venham à tona.

Assim, à medida que se projetava o dia-a-dia, que representavam a situação existencial e real das famílias, e que se refletia de forma grupal e crítica, ocorria o que Freire (1988), denomina “distanciamento do mundo.” A partir daí, o grupo realizava uma introspecção, ou seja, conseguiam observar e analisar aquelas condições de vida em que se achavam submersos. O que, até então, era uma visão nebulosa, um mero “dar-se conta” da situação existencial, passa a ser uma visão de compreensão crítica da realidade, que encaminha a uma percepção de sua existência.

A) SAÚDE E HIGIENE AMBIENTAL

Saúde e higiene ambiental são termos que vem sendo cogitados desde a antigüidade. Segundo os escritos hipocráticos, defende um conceito ecológico de saúde-enfermidade, discute os fatores ambientais ligados à doença, portanto, a saúde requer um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana Scliar (1987). Neste estudo o tema surgiu na fala das mães, na discussão sobre o seu dia-a-dia, na avaliação do que elas entendiam como necessidade de saber mais.

Ao buscar compreender o modo de vida das mães/famílias solicitei se elas se dispunham a falar sobre o seu dia-dia. Num primeiro momento observa-

se um mutismo, era difícil falar e, principalmente falar da vida que elas levavam, o que inicialmente foi obtido mediante perguntas e respostas, até que elas passassem a confiar mais nas reais intenções desta proposta educativa. A síntese destes relatos nos revela as condições de vida das famílias que compõem o grupo.

“Nós somos muito pobre, tenho vergonha de contar, mas a senhora é tão simples... a gente trabalha muito em casa, tem que limpar a casa, ajeitar a roupa, fazer comida e cuidar dos filhos. Sabe bem que queria trabalhar fora, mas meu marido tem muito ciúme e acha que lugar de mulher é dentro de casa. Quando era solteira trabalhava numa fábrica de calçados, mas a senhora sabe que eu tive que sair porque o meu marido é pedreiro e bebe muito, meu pai me fez sair porque filha minha não sustenta homem..., trabalhar fora, no final do mês tem salário, tem médico e o dentista. O trabalho fora é duro, tem que cumprir horário, mas é melhor do que ficar em casa. Hoje fico pensando porque atendi o meu pai em largar o meu emprego, nesta época era muito nova e não tinha filhos...” (Rosa).

Segundo depoimento desta mãe, acha melhor trabalhar fora do que trabalhar em casa, pois no final do mês tem salário, dentista e médico. Por um lado, as mulheres, por arcarem com as atividades domésticas e com a educação dos filhos, acabam não trabalhando fora. Por outro, constatam que poderiam cooperar na obtenção da renda, para garantir a alimentação dos seus membros.

“Minha casa tem dois cômodos, o quarto e cozinha, meus filhos maiores dormem no sofá e a de dois anos dorme com nós na cama. A gente passa muitas vezes fome, a roupa que estou vestindo e dos meus filhos ganho, porque não tenho vergonha de pedir nas casas..., eles tem mais que nós e só dão o que não é mais necessário...o meu marido é uma pessoa muito negativa não tem ânimo e desiste muito fácil das coisas, na maioria do tempo ele está sem emprego, eu

fico chateada com a situação da minha sogra ajudar porque ela também é pobre...eu tenho que arrumar um emprego, o que sei fazer é faxina” (Nádia)

Questionava, na medida em que elas iam expondo suas histórias de vida (seu dia-a-dia), sobre a rede de esgoto, água, se tinham tido doença, que tipos e como tratavam.

Com relação à rede de esgoto, três mães, relataram *que nas suas casas não existe rede de esgoto e que corre a céu aberto para o valo do pátio (Marta, Nádia, Sandra)* e, as outras três mães falaram que *“a água é encanada e puxada do vizinho através de mangueira, ela está amarrada com pano para tapar os furos..(Júlia, Marta, Sandra). “sei que tomar esta água pode dar diarréia, às vezes eu ferveo a água para minha filha menor ,mas falta o gás para fazer a comida... outro dia passou uma moça que queria saber quem tinha água e esgoto, ela disse que a gente tinha que ir atrás dos nossos direitos procurar o líder da comunidade, eu sei que nada cai do céu, quando é época de eleições todos prometem..”(Júlia)*

Indago-as, com o intuito de fazê-las refletirem sobre a relação de falta de saneamento com doenças. As mães responderam que achavam que tinha uma relação e, emergem algumas doenças como vermes, diarréia e feridas no corpo. *“...o meu filho mais velho já teve ataque de bichas, botava vermes pela boca e pelo nariz... ficou internado, as enfermeiras me disseram que eu devo colocar calçados nas crianças e não deixar as crianças fazer coco no pátio... a água que tomamos vem pela mangueira que fica esticada no chão, o cachorro no pátio e as crianças fazendo suas necessidades no chão faz com que os filhos ficam doentes e nós também...(Marta)*

“O meu outro filho já teve diarréia, e este que está internado tem diarréia, o médico me disse que foi porque mudei de leite, mamava no peito e como ele chorava de fome comecei a dar leite de saquinho.” (Sandra).

“O meu segundo menino hoje ele tem 12 anos, com 5 anos teve feridas nas pernas ficou todo inchado, foi internado com problema renal, também na época me falaram que veio das feridas e até hoje ele faz consulta ...graças graças a Deus hoje onde nós moramos tem esgoto, não corre mais pelo pátio” (Rosa).

Pode-se observar, que conviver com o esgoto ao céu aberto, receber água encanada mas com mangueira furada e vedada com pano é muito comum. O esgoto, a água, só tem quem reside em bairro rico, *“Isto é para pessoas ricas, e não quem mora em favela”* (Lídia), pode-se observar o nível de resignação destas famílias, a tal ponto acharem normal, conviver neste meio, afinal, eles são pobres. Situações como estas foram amplamente exploradas, pois, elas se caracterizavam como situações limite para aquelas famílias. Estas situações limites são vistas por Freire como

“situações que desafiam de tal forma a prática dos homens que é necessário enfrentá-las e superá-las...elas não devem ser contornadas, mas analisadas, enfrentadas estudadas em suas múltiplas contradições, sob pena de reaparecerem mais adiante com força redobrada” (Gadotti, 1991. P. 157).

Continuava pedindo que falassem mais a respeito do seu bairro, sobre o lazer da família nos finais de semana.

“ Onde moramos tem campo de futebol, meu marido nos domingos quando tem futebol, assiste o jogo ou vai na venda tomar cachaça isto me deixa aborrecida e triste; eu fico com as crianças e assisto TV, não saio de casa para nada a não ser para levar filho ao médico...” (Júlia)

“Nos domingos muitas vezes pego as crianças para passear na casa da minha mãe, eu gosto muito de passear, mas falta dinheiro para pegar o ônibus e as crianças pedem coisas para come” (Nádia).

O lazer das famílias se restringe a assistir televisão e visitar parentes. Os homens às vezes vão ao futebol ou vão nas vendas.

Não se tratava, pois, de um “bate-papo estéril”, “de perda de tempo”. Este exercício do conhecimento do cotidiano daquelas famílias era profundamente difícil. E, percebia que, quanto mais procurava conhecer, mais complexas se tornavam as situações e novas problemáticas a serem compreendidas.

Nestes diálogos, o meu objetivo era fazê-las perceberem a necessidade que temos de conhecer a realidade para poder exigir mudanças. Assim, devolvi as mães duas problematizações. Para termos condições de vida do que precisamos? E, como obter tais condições?

O grupo nas discussões aponta que para se ter condições de vida a família precisa de: emprego, alimentação, cuidar da saúde, higiene, e para a segunda questão destacaram: salário que dê para comprar alimento e remédio, e moradia com água encanada e esgoto debaixo da terra em todas as casas.

Assim, cada palavra geradora aparece dentro das falas, das discussões das participantes, e estão carregadas dos temas da vida que levam. Estes temas concretos da vida que aparecem, quando se fala sobre ela, remetem a questões que são as das condições de vida.

A partir das falas das mães/famílias e da evidência de suas necessidades, pude iniciar uma proposição de temas a serem enfocados e discutidos conjuntamente, e que pudessem dar conta de suas ansiedades.

Neste aspecto, os temas mais emergentes e que se repetiam com mais frequência, foram aqueles relativos a:

Condições do seu meio ambiente, da comunidade, das suas moradias;

Questões de higiene, preocupações com as crianças por serem elas mais susceptíveis a doenças;

Falta de recurso financeiro, saneamento, emprego e luta pela sobrevivência.

A partir do estudo da realidade, o grupo definiu como tema de fundo da proposta educativa “As condições de vida das famílias”, o sub-tema **Saúde e Higiene Ambiental**.

1ª Tema: Saúde e Higiene Ambiental

Discussão temática: Saúde e Higiene Ambiental

✓ Idéias para discussão:

- Sistema de esgoto da comunidade;
- Destino do lixo da residência e comunidade;
- As principais doenças decorrentes dos problemas de saneamento básico

✓ Finalidades do diálogo:

- levar o grupo a discutir sobre a situação do saneamento básico da comunidade onde residem;
- discutir o porque dessa situação;
- despertar no grupo o interesse de participar na luta por melhorias na sua comunidade;
- discutir com o grupo as principais doenças causadas pelo meio ambiente;
- levar o grupo a descobrir formas, alternativas de sanear o seu ambiente.

✓ Encaminhamentos do diálogo:

- O que vocês estão vendo nestes cartazes e nas fotografias?

- Como é que está a situação do lixo, do esgoto na sua residência e na sua comunidade?

- O que podemos fazer para conseguir um saneamento?

Iniciou-se esta atividade, solicitando que as participantes observassem e refletissem sobre os “cartazes” e “fotografias” e, após relatassem as idéias que fossem surgindo. Um cartaz representava uma comunidade nas mesmas situações existenciais em que vivem estas famílias, e o outro o oposto, isto é, uma comunidade estruturada. As fotografias retratavam a comunidade, as condições do ambiente, lixo espalhado, esgoto ao céu aberto, ruas cheio de buracos. Ao visualizarem as fotografias e os cartazes que representavam a sua realidade, as participantes manifestaram os seguintes comentários:

“Mas como o lixo está espalhado pelo chão , isto não é certo, os graúdos tinham que ver esta nojeira, as nossas crianças pegam doenças porque elas andam por aí tudo....(Lídia)

“Sabes (Lídia) o que acontece é que o lixo só é recolhido uma vez na semana e as pessoas não colocam o lixo em sacos, por isso vira este monte de lixo espalhado...e com os cachorros soltos e famintos fazem esta nojeira... a gente coloca o lixo na sacola de plástico e leva para o lixão, eu não gosto de amontoar no pátio”(Rosa).

“...Para melhorar toda esta situação do lixo , do esgoto correndo nas ruas e pátios nós temos que nos organizar e participar das coisas que acontecem na comunidade onde moramos e aí juntos pedir melhorias para a prefeitura, para o governador...a senhora sabe quando eu era solteira, participava de um grupo de jovens da Igreja, e aos domingos nós íamos nas comunidades conversar com as pessoas para mostrar que eles tem direito a ter água, luz e assistência médicadepois que eu casei deixei tudo, vieram os filhos e muitas dificuldades... (Sandra)

.... eu vou começar a enterrar as cascas e o papel e o resto vou colocar em sacolas e manter no quintal e levar para o lixo coletivo no dia em que o caminhão passa (Marta).

O mau cheiro, os ratos e as moscas que ficam no lixo podem trazer doenças...

As pessoas que tem dinheiro moram em lugares bonitos e limpos... não se vê bicho andando na rua e nem criança brincando na rua... (Nádia)

O uso das fotografias e dos cartazes oportunizou ao grupo a observar o seu contexto habitacional e as práticas de cada um dos sujeitos, na preservação do ambiente. O grupo após discutir sobre a não regularidade do serviço de coleta de lixo em suas comunidades, buscou alternativas para manter um ambiente limpo e sem risco para a saúde.

A prática da higiene ambiental está vinculada à resolução de problemas domésticos. Sobre o destino do lixo doméstico como a coleta não é diária, o empenho é em colocar todo o material devidamente embalado para ser deslocado para a lixeira coletiva, e enterrar o lixo orgânico.

As mães fazem a relação com doenças, quando referem que o destino inadequado do lixo favorece a doença. Pode-se perceber que elas têm conhecimento que a saúde está relacionado com a higiene ambiental.

O grupo foi incentivado a sintetizar algumas idéias, e apesar de todas as dificuldades, construíram conhecimento a partir das suas falas, e das reflexões:

- O problema do esgoto, do lixo, em nossa comunidade, deve-se a pouca ou nenhuma reivindicação da população junto à órgãos competentes (Prefeitura, Governo do Estado); e também, o governo não prioriza recursos para estes fins;

- Para resolver estes problemas é preciso que se organize e participe dos movimentos da comunidade;

- O lixo deve ser coletado e armazenado em sacolas de plástico de forma que não permita a proliferação de moscas, de ratos, e deve-se enterrar cascas e papel;

- Os mais atingidos são as crianças, por não terem defesas, favorece o aparecimento de doenças como a verminose, a diarreia e feridas.

- Para se ter saúde é preciso limpeza onde vivemos.

Após discussões com as mães, concluímos que seria necessário aprofundarmos questões como: - O que cuidar da saúde? Quais as necessidades que as famílias se defrontam ao cuidar dos seus membros?

B) SAÚDE E EMPREGO

Cuidar da saúde é uma expressão ampla que envolve uma série de componentes ou aspectos, estando relacionada com o próprio conceito de saúde, que foi definida por Vecchietti (1991, p. 41) como “ *um estado de equilíbrio resultante do enfrentamento diário das pessoas consigo mesmas, com outras e com o meio ambiente físico e social.*”

Para o estudo desta questão com o grupo, solicitei que as participantes se dividissem em dois sub-grupos, e que procurassem nas revistas as figuras que representassem a sua visão, o seu pensar para a questão o que é cuidar da saúde? e, montassem os cartazes. Para desenvolver esta atividade foram entregues várias revistas e tesouras, cola, canetas hidrocor e papel. O grupo se juntou espontânea e aleatoriamente, ou seja sem nenhum critério para se agruparem. Durante esta atividade percebi que as participantes estavam concentradas e bem

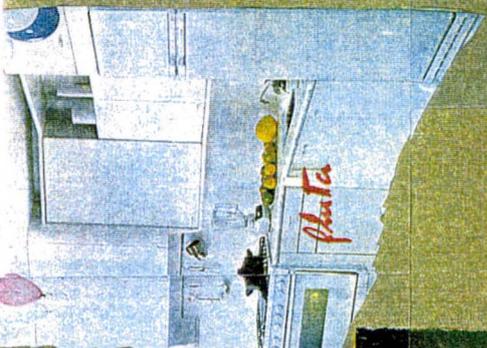
a vontade, umas permaneceram sentadas em seus lugares e outras preferiram sentar no chão.

Na etapa seguinte, os cartazes foram fixados na parede e iniciou-se a análise. Contemplando os cartazes cada participante expressou livremente acerca do que tinha colocado no cartaz. Solicitei se uma do grupo gostaria de fazer os registros no quadro de giz, sendo que o grupo unanimemente escolheu a Sandra. Assim, no final deste encontro, a partir de nossas percepções, tínhamos uma visão do que nós, como grupo, pensava sobre esta questão, o cuidar da saúde. As representações das mães/famílias sobre o cuidar da saúde pode ser evidenciada nas imagens selecionadas pelas mesmas para colocar nos cartazes, como mostro nas duas páginas seguintes.

CARTAZ 01 – O QUE É CUIDAR DA SAÚDE?

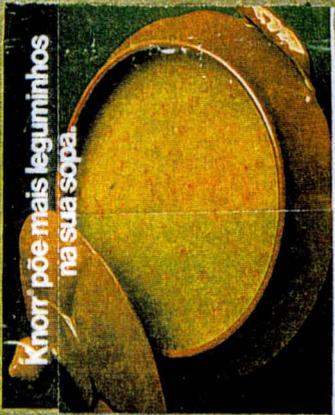


criança limpa

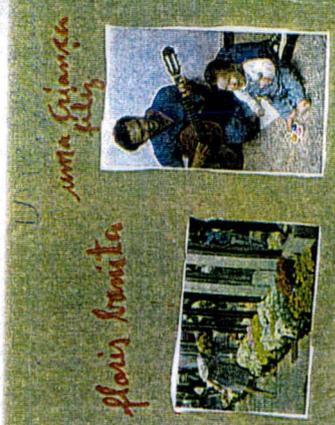


plata

Alimento



umno criança limpa



O contato com a natureza



DES DAVEL

As falas, que estão descritas, são uma síntese dos relatos.

Eu coleí estas figuras (mostra com o dedo a figura de uma criança nua no colo da mãe e a outra figura de um quarto arrumado) no meu entender cuidar da saúde é cuidar das coisas, ter higiene com a casa, com a roupa das crianças do marido, colocar sapatos, agasalhar bem, ter comida para a família(Júlia).

...é cuidar dos filhos, é ter comida, saber dar carinho, o amor, o afeto, dar atenção quando estão brincando para não cair no rio, é colocar limites as crianças(Marta) .

Cuidar exige a limpeza, a higiene, o cuidar também é fazer no convívio com os outros para não machucar as pessoas, é saber falar sem agredir. Cuidar da saúde é dar atenção, dar carinho e amor aos outros e gostar de mim mesma, é poder passear e principalmente ter alimento... (Sandra).

...zelar pelas pessoas que a gente gosta e convive, dar educação aos filhos , é estar sempre presente, é ter contato com ar puro..(Rosa).

Na visão das mães/famílias o cuidar da saúde da família se constitui em quatro aspectos: Atividades; Atitudes; Sentimentos e Estrutura.

O aspecto, relacionado a **atividades** é traduzido como: o ter higiene; ter limpeza; agasalhar; ter contato com a natureza; poder passear.

Outro aspecto relacionado a **atitudes** é traduzido como: saber falar com os outros sem agredir; zelar pelas pessoas; estar presente; colocar limites e dar educação.

O terceiro aspecto relacionado a **sentimentos** é traduzido como: ter afeto; ter carinho; ter amor; dar atenção; gostar de si mesmo.

O último aspecto relacionado a **estrutura** é traduzido como: ter comida; ter dinheiro.

Martin e Angelo (1998, p.48-49), realizaram um estudo para conhecer o significado do conceito cuidar da saúde da família em situação de risco pessoal e social. Consideram que a família doente traz muita preocupação ao cuidar da saúde da família e este é realizado através de medidas que previnem doenças, que segundo a percepção das mães é possibilitado por: “tentar dar uma boa alimentação; garantir condições psicológicas; prevenir doenças; fazer tratamento se precisar ...” .

Em outro estudo com famílias, Nitschke (1999, p. 142-144), encontra resultados semelhantes no que se refere as formas de cuidar da saúde da família. A autora identificou a categoria “Condições de viver: ter comida, ter moradia; ter sentimento; ter dinheiro, ter trabalho, ter educação, ter música; ter lazer; ter uma natureza saudável; ter e fazer o que gosta.”

Os relatos das mães sobre o que é cuidar da saúde, refletem não somente seus pensamentos, mas também sua vivência do papel de zelar pela saúde daqueles que estão sob sua responsabilidade em casa.

Alves et al. (1996), destacam o papel da mulher no contexto familiar, como responsável pelo equilíbrio no binômio saúde-doença, à medida em que toma para si o cuidado com os membros da família, seja este cuidado implícito em simples medidas higiênicas, ou no estabelecimento de hábitos de saúde.

Durante milênios, segundo Collière (1989, p.25), a provisão do cuidado não fazia parte especificamente de um ofício ou profissão, mas “dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava a outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo.” A mesma autora salienta que, “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que

adquirimos autonomia, mas é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir suas necessidades vitais” (ibidem, p.14) .

A segunda questão, quais as necessidades que as famílias se defrontam ao cuidar da saúde dos seus membros? foi desenvolvida pela discussão, e com isto, o grupo explicitou as necessidades e dificuldades frente o cuidar dos seus membros. As participantes fizeram as seguintes colocações :

...muitas vezes eu me sinto apurada então levo as crianças ao posto e não tem médico, volto para casa e faço chá de marcela e entrego nas mãos de Deus...(Júlia)

Na maioria das vezes quando o médico dá remédio não consigo comprar, não sobra dinheiro para este gasto, mal temos para comprar os alimentos...por isso às vezes ela precisa de internar. O posto eu procuro muito pouco porque na maioria das vezes me mandam para outro lugar e não atendem bem, tudo é corrido (Marta).

O meu filho tem uma doença ele precisa de dieta especial, mas não estou mais conseguindo dar só os alimentos que são permitidos, de dois em dois meses, o menino interna para fazer clister, a médica briga comigo e fala que eu não cuido do menino... nós até sabemos cuidar da saúde de nossa família acontece que nos falta as coisas como comida, água dentro de casa, dinheiro para remédio para os alimentos, calçados e roupa mais quentes para o frio....(Rosa).

...eu fico ansiosa, eu tenho vontade de chorar, mas tenho que me mostrar forte e sempre pronta para atender os meus...(Sandra).

Na ótica das mães/famílias, as dificuldades para cuidar da saúde da família são definidas em função da limitação e se constitui em quatro aspectos: Financeiro; profissional; doença e ansiedade.

O aspecto relacionado ao **financeiro** é traduzido como: não ter recursos para suprir as necessidades da família.

O aspecto relacionado ao **profissional** é traduzido como: não ter médico no posto, ter atendimento ruim.

O outro aspecto, relacionado a **doença** é traduzido como: a dificuldade de controlar a doença crônica.

O quarto aspecto relacionado a **ansiedade** é traduzido como: ser calma e forte.

Constatei que algumas respostas confirmam estudos já realizados por Martin e Angelo (1998, p. 49). As dificuldades percebidas pelas mães, para cuidar da saúde da família segundo as autoras é “não ter médico no posto, o posto ter atendimento ruim...”

A crença em um Ser Superior em situação de não encontrar o profissional de saúde está presente na fala, sugere a confiança que se tem em Deus, e que a cura de seu filho depende de Deus. Essa possibilidade de lançar à esperança de ajuda de um Ser Superior é facultada àqueles que nele acreditam e colocam no Ser Superior sua confiança.

No que se refere à dificuldade que a família se defronta ao cuidar dos seus membros, identifiquei que os cuidados relacionados a um tratamento mais específico da doença, como oferecer dietas especiais, administrar medicamentos em momentos de crises, são considerados como sendo mais difíceis de serem executados., devido a questão social..

Nesta discussão com as mães/famílias pude evidenciar o aflorar dos seguintes temas que consideramos prioritários a serem melhor discutidos. São eles:

Não ter disponibilidade financeira para custear remédios e despesas domésticas;

Dificuldade em controlar a dieta do filho relacionado a doença crônica e pela falta de recursos (alteração na motilidade intestinal);

Não ter sempre disponível o profissional médico nos postos;

Mostrar ser forte e estar pronta para atender os “meus”.

A partir do cuidar da saúde e as dificuldades que encontram optaram pelo tema, não ter disponibilidade financeira para custear remédios e despesas domésticas, que foi denominado como: **Saúde e Emprego.**

2º Tema: Saúde e Emprego

✓ Idéias para a discussão:

- A recompensa em ter um trabalho;
- Manutenção de sua família;

✓ Finalidade do diálogo:

- Levar o grupo a discutir sobre o valor e a recompensa do trabalho;
- Despertar no grupo o interesse e a necessidade de ter um trabalho;

✓ Encaminhamento do diálogo:

- O que significa para a família um emprego;
- Onde deixar os filhos durante a jornada de trabalho;
- Como reflete sobre a saúde e sobre o cuidado ;

O papel e a importância do trabalho na vida do indivíduo, vão depender do objetivo que o mesmo busca.

Este objetivo pode variar de indivíduo para indivíduo, e, em um mesmo indivíduo, em diferentes momentos de sua vida. A possibilidade de alcançar ou não, seus objetivos individuais ou de atender suas necessidades, é fator determinante de satisfação ou insatisfação do homem para com seu trabalho, como ficou evidenciado nas falas abaixo:

Eu tenho muita vontade em trabalhar, ganhar um dinheiro para ajudar nas despesas; os meus filhos são pequenos e não tem com quem ficar....tem uma creche onde moro e aceitam as crianças de mães que trabalham, está muito difícil de conseguir vaga, eu já me inscrevi....muitas vezes não tem comida para as crianças, choram e então faço um pirão, fico triste e muitas vezes choro..(Nádia).

...quando marido e mulher trabalham fora , as crianças tem mais comida para comer , roupa, remédio...eu só sei é fazer faxina... estou com muita vontade de continuar a estudar de noite eu parei na 5ª série, porque engravidei...trabalhando fora eu tenho mais condições de cuidar da saúde das crianças, vão ter mais comida pra comer...(Marta).

É preciso ter um trabalho. Sem trabalhar, não tem dinheiro para comprar as coisas ...eu tenho que arranjar alguma coisa pra mim.(Júlia).

O trabalho aparece nas conversas como uma condição básica para satisfazer as necessidades, como alimentação, vestuário e remédios. E, de querer e necessitar trabalhar para ter acesso ao poder de compra que lhes permite adquirir aqueles bens necessários para a sua subsistência.

A renda obtida por uma família, depende de quantos e quais os membros que participam do mercado de trabalho. As mães/famílias em suas falas

exteriorizam a necessidade de cooperar na obtenção da renda, no entanto, apresentam como dificuldade, os filhos pequenos por não ter com quem deixá-los. Tal fato é compreensível, uma vez que, as mulheres arcam com as atividades domésticas e com a educação dos filhos.

Este tema foi desenvolvido no mesmo dia em que foi abordado o tema lavar as mãos. As participantes deram sinal de cansaço, ficando a síntese do tema para o próximo encontro. Na Segunda feira ao retornar na instituição, as participantes, as participantes do grupo haviam recebido alta hospitalar.

C) O CUIDADO COM AS MÃOS

O cuidado com as mãos no ambiente hospitalar, é uma das práticas correntes no dia a dia da rotina dos profissionais da saúde. Este cuidado, inclui a lavação e/ou escovação das mãos e uso de luvas, com a finalidade de proteger contra infecções, não só o profissional, mas principalmente o cliente.

Porém, o que pude observar neste trabalho a partir dos temas que surgem, relacionados com o contexto de internação, foi uma grande insatisfação das famílias/mães em relação a conduta de lavação das mãos por parte de alguns profissionais. Isto se dava porque, na maioria das vezes, estas não compreendiam o porquê da lavagem das mãos realizadas pelos membros da equipe de saúde, em especial após o cuidado de seus filhos. Como esta atitude é considerada como algo inerente ao desempenho técnico, não há uma preocupação em explicar aos familiares a importância deste ato, para o próprio benefício do filho internado.

Algumas participantes comentaram que alguns profissionais da saúde, ao tocarem em seus filhos para fazer medicação ou exame físico, em seguida lavam as mãos, como se tivessem "*nojo dos nossos filhos*"(Júlia, Marta).

Outras comentavam sobre seus filhos, manifestavam dúvidas e medos decorrentes da doença, outras expressavam temor que seus filhos fossem a óbito.

“...meu filho continua com diarreia, o cocô está líquido e muito fedido, eu não sei porque ele pegou essa diarreia?” (Lídia).

“Hoje durante o dia a minha menina fez crise de falta de ar , eu tenho medo que ela vá morrer disso...” (Nádia).

Com base nas discussões realizadas traçamos em conjunto o próximo tema a ser discutido e aprofundado de forma educativa.

A importância da lavagem das mãos;

Doenças diarreicas e respiratórias: causas, riscos e os cuidados.

A partir do contexto hospitalar o grupo definiu como tema a ser trabalhado, *Lavar as mãos*.

3ª Tema: Lavar as mãos

Plano para a discussão temática

✓ Idéias para discussão:

- Porque lavamos as mãos;
- Quando é necessário lavá-las;
- As doenças que podem ser decorrentes por não lavar as mãos.

✓ Finalidades do diálogo:

- Levar o grupo a discutir porque o profissional da saúde lava as mãos ao tocar na criança;
- Despertar no grupo o interesse e a necessidade de lavar as mãos após tocarem em suas crianças;
- Discutir com o grupo as doenças causadas por não lavar as mãos.

✓ Encaminhamento do diálogo:

- Porque é preciso lavar as mãos ?
- Quando lavamos as mãos?

Iniciamos esta atividade propondo ao grupo uma visita à unidade de internação para observarem os cartazes que estão fixados nas pias dos quartos e salas, enfim em todo o ambiente da unidade de pediatria. Durante esta rápida passagem, as mães se portaram como observadoras e alguns comentários aconteceram: *O cartaz que está aqui em cima da pia tem os dizeres lavar as mãos(Sandra) Eu só agora estou percebendo..(Marta)*

Após esta atividade, trabalhamos com o tema, os diálogos fluíram naturalmente, e todas opinaram e discutiram. A seguir transcrevo algumas das colocações do grupo, após a reflexão:

As mãos tocam em tudo, toda hora estamos mexendo em comida, em roupa suja, em cocô... muitas vezes a gente não lava as mãos quando vai trocar a criança ou dar de comer... pode causar doenças (Júlia).

A mão é uma fonte de transmitir doenças, a equipe de saúde lava as mãos ao tocar em nossas filhos para proteger e impedir a transmitir doenças entre as crianças que estão internadas ...precisamos também ter o hábito quando tocamos em comida, quando saímos do banheiro, quando trocamos as fraldas... (Sandra)

No mesmo quarto do meu filho tem um nenê que está sem a mãe eu troco as fraldas, dou mamadeira...ela está com diarreia, com coceira no corpo... então eu preciso cuidar para não passar para o meu filho (Marta).

A doença então a gente pode pegar pelas mãos...é quando a pessoa fica sem lavar a mão (Marta).

A prática da lavagem das mãos, para a enfermagem, é uma conduta que faz parte da assistência que é prestada ao paciente. É um procedimento que permeia todas as técnicas que a enfermagem executa e, este comportamento está incorporado no nosso dia a dia, sem o percebermos. Se por um lado é fácil reconhecer que o lavar das mãos é uma conduta que faz parte do dia a dia, por outro, torna-se difícil concordar que ela é sempre eficiente .

As práticas de trocar de roupa ou pegar no colo outras crianças internadas são comuns entre as mães, o que ocorre é que nem sempre a lavagem da mão é feita regularmente e aí surgem as infecções cruzadas.

Após a discussão do tema, foi sugerido ao grupo que elaborasse algo sobre o que havíamos conversado, sendo que o mesmo optou pela forma escrita, e indicou a Sandra para escrever no quadro.

- a equipe de saúde lava as mãos antes e depois de assistir a criança para proteger de infecções;

- temos que adquirir o hábito de lavar as mãos quando vamos tocar e preparar os alimentos, quando trocamos as fraldas, quando pegamos no colo as crianças, quando vamos ao banheiro;

- as mãos são fonte de transmitir doenças, como a diarreia, a verminose e coceira no corpo (Escabiose).

No preparo das atividades didáticas, estabeleceu-se um programa de temas a ser trabalhado, norteado pelo tema de fundo.

Nesta etapa também definiu-se o material didático a ser utilizado em cada situação. Acredito que esta etapa do estudo foi o ponto de chegada e o ponto de partida. Ponto de chegada, porque construímos, em grupo, os temas a serem

trabalhados. Ponto de partida, porque, iniciamos a construção do conhecimento sobre os temas.

Os temas adquiriram significado para o grupo, pois estavam relacionados diretamente ao seu contexto de vida, sua experiência existencial, seus interesses e suas necessidades. Assim, os temas foram concretos, gerados pelas necessidades da vida, ou seja, o experienciado, o vivido, o útil.

O conteúdo programático, portanto, segundo (Freire,1988, p.86e 102),

“Será a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que poderemos organizar o conteúdo programático(...).Por tal razão é que este conteúdo há de estar sempre renovando-se e ampliando-se”.

A elaboração dos temas foi, portanto, uma atividade participativa, grupal, sem a centralização de decisão no profissional.

Por outro lado, observei que alguns temas eram específicos a apenas um membro do grupo e, neste caso, o tema era abordado individualmente. Estes temas foram: os relacionados a doenças como diarreia, respiratórias e alteração na motilidade intestinal.

Diante da finitude do tempo que me foi destinado, e de manter na medida do possível as mesmas participantes que iniciaram este grupo consegui trabalhar, três temas. Por que estes temas e não outros? O grupo, após refletir, percebeu que estes temas estão articulados com a vida que levam e com a comunidade onde vivem, e perceberam que elas tinham condições de refazer a leitura da sua realidade de vida, buscar a compreensão desta realidade e, implementar soluções alternativas para a mudança das atuais condições de vida.

4.3 CAPACITANDO PARA A PRAXIS (REFLEXÃO-AÇÃO) PELA DISCUSSÃO TEMÁTICA

Esta etapa foi *eminentemente pedagógica*. Os temas foram trabalhados a partir dos conhecimentos e experiências das participantes, e acrescidas de meus conhecimentos e vivências, no campo profissional e pessoal. Houve um objeto de conhecimento sobre o qual as participantes dialogavam, assim, trocaram informações, impressões, opiniões, enfim, conhecimentos, delineando um processo de ensinar/aprender onde não cabe a uns a tarefa de ensinar e a outros de aprender, mas sim, um compromisso de uns e de outros em ensinar e aprender. Ao trabalhar os temas, tive a preocupação de evitar que alguns destes pudessem criar situações de constrangimento e desconforto para o grupo, uma vez que estes se relacionavam com seu viver.

Nesta etapa foram compartilhados e produzidos conhecimentos, através do diálogo. O diálogo não ocorreu como uma simples troca de informações, nem como uma ação de perguntar e responder, embora também tenha tido estas características. Ultrapassamos os limites, no sentido de que o diálogo foi estabelecido entre as participantes envolvidas no processo educativo numa relação amorosa, de respeito mútuo, de humildade e da capacidade do grupo fazer e refazer o conhecimento.

Dos temas abordados, alguns foram discutidos em diferentes níveis de profundidade, com utilização de técnicas variadas, de acordo com os interesses e necessidades do grupo. Foram adotadas estratégias de ação no grupo, uso de fotografias, de cartazes, colagens e exercício de relaxamento.

Para o desenvolvimento dos temas, utilizou-se um roteiro que intitulou-se de “Plano para a discussão temática” (Anexo 3), que permitiu encaminhar a

discussão e que deu uma maior dinamicidade ao processo educativo, favorecendo o refletir criticamente sobre a problemática .

No final das discussões de cada tema, solicitava as participantes que expressassem o que esta experiência significou para cada uma do grupo. Apresento alguns destes posicionamentos avaliativos, pois as suas falas permitem uma compreensão do significado que o grupo atribuiu a esse processo educativo.

A gente tem vontade de falar e de perguntar. Aqui somos todos iguais o que falamos tem importância, sempre se tira o bom que cada uma coloca....(Júlia)

Com esse jeito de participar de uma reunião a gente pode colocar as idéias do nosso jeito, nós rimos, nós podemos trazer as crianças, se fica tranquilo porque estão do nosso lado. Eu gosto muito de estar aqui eu converso e esqueço um pouco de casa (Sandra).

Sabe que aprendi coisa útil para a vida, é muito bom conhecer a senhora e as outras mães. Outras reuniões que tenho participado a gente fica só ouvindo o que ficam falando. Aqui eu pude colocar a minha opinião (Marta).

Através dos relatos, percebe-se que a prática educativa deixou de ser uma reunião de ouvir, de escutar, passou a ser uma reunião participativa, despertou no grupo o gosto de estarem juntas trocando idéias, conhecimentos. Além disso, acredito que a reflexão sobre o dia-a-dia de cada uma, os pontos em comum encontrados na forma de conviver com as questões relativas ao processo de saúde e doença, fizeram com que estas passassem a pensar melhor sobre como resolve-los, ajudando umas as outras neste processo de ensinar aprender coletivo.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial teórico, que norteou esta prática, orientou efetivamente o processo educativo, favoreceu e possibilitou o desenvolvimento da proposta problematizadora.

Nesta experiência vivenciada com famílias/mães reconheço que é possível utilizar a proposta educativa problematizadora, por não apontar caminhos rígidos, e sim, por apontar possibilidades metodológicas. Na verdade, o que a proposta assevera é que entre os sujeitos do processo se estabeleçam relações dialógicas, mediatizadas pela cotidianidade dos educandos. Pude confirmar que, quanto mais próximo do cotidiano das famílias, estas estão mais à vontade e próximos dos seus problemas e experiências para participar ativa e criticamente no processo educativo, compartilhando vivências e saberes.

O uso do método mostrou que ele pode ser aplicado e apresentar resultados satisfatórios. No entanto, é um processo que exige mudança de postura, é longo, e a construção do conhecimento depende da participação efetiva das participantes do grupo e estar vinculado a realidade.

Acredito que a metodologia utilizada viabilizou uma prática diferenciada para o grupo mães/famílias, entretanto, para que haja uma continuidade da

prática pedagógica é necessário que esta proposta seja incorporada a prática educativa pelas enfermeiras da instituição.

Neste processo educativo em saúde valorizamos o diálogo. Para viabilizar este que fazer pedagógico, a enfermeira e as participantes se perceberam, trocaram e cresceram como sujeitos. Se perceberam em suas diversidades, suas histórias de vida, seu cotidiano. Trocaram percepções, conhecimentos e estratégias de ação sobre o seu cotidiano. Cresceram, à medida que se realizaram como sujeitos de suas vidas, e que participaram, do processo de construção do conhecimento.

Embora as pessoas neste grupo fossem de uma escolaridade de 1º grau, o agir educativo problematizador, provocado durante o processo educativo, facilitou a reflexão e a troca de experiências. Levou as participantes neste grupo a fazer sínteses próprias. Percebo então que, seja qual for o grau de escolaridade que o ser humano tenha, o seu poder criador, crítico e reflexivo emerge quando lhe é proporcionado a oportunidade de se expressar, de colocar suas idéias. Para Freire (p.75), o agir problematizador possibilita ao ser humano a “*discussão corajosa de sua problemática*”.

Muitas limitações estiveram presentes neste estudo. Limitações que dizem respeito a minhas dificuldades pessoais, como profissional que, preparado para o pronto agir, fragmentado e transmissor de conhecimentos, se volta para a crença de que o processo educativo é feito de maneira que, “*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. Ambos, assim, se tornam sujeito do processo em que crescem juntos...*” (Freire, 1988 p. 78).

O grande desafio deste trabalho foi a possibilidade de desconstruir a antiga prática educativa e reconstruí-la sob novos fundamentos e a possibilidade de torná-la uma experiência criadora, mediada pelo diálogo. Buscar outras

maneiras de ensinar e fazer enfermagem foi, sem dúvida, um redirecionamento do processo educativo, construindo eixos teóricos que como este, possibilitam a reflexão em torno do vivido, buscando e ampliando o conhecimento pelo processo de construção.

Tendo em vista a vivência e os caminhos trilhados durante a experiência da prática educativa em saúde, pode ser dito o seguinte:

- é possível operacionalizar a concepção educacional freireana, inclusive a parte metodológica, que engloba a dinâmica codificação- decodificação;

- partindo do cotidiano, estabelece-se uma relação dialógica;

- durante o processo de investigação temática, elege-se os temas geradores e elabora-se o conteúdo programático, que delineará as atividades educacionais com o grupo;

- transforma-se a tradicional forma de fazer a prática educativa de “repassar conhecimentos ,” em “construção do conhecimento” e

- A experiência educacional que se viveu foi sustentada pelo grupo e em especial de uma das participantes, pelo seu empenho, liderança, ao sentir-se útil e valorizada, as demais participantes adquiriram uma identidade social;

Ao chegar aqui, não posso negar que o conhecimento transforma e transformou a todas nós que participamos do grupo. Nesta experiência, que é única, e não se repetirá, por não podermos reproduzir as condições humanas e históricas que a definiram. Portanto, todo o exposto que foi oferecido ao leitor, é limitado pela visão do narrador, que diante do vivido, o descreve de acordo com a sua ótica pessoal.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, Ilca Luci Keller. *Buscando caminhos para viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às mulheres “mães de primeira viagem”, em seus enfrentamentos cotidianos*. Florianópolis: UFSC, 1994, 204 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- ALVES, A R. et al. Saúde e doença: uma abordagem sócio-cultural. In: FLORES e SILVA, FRANCO. *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. cap.3, p.56-74.
- BACKWIN, H. Emotional deprivation in infantis – *Journal of Pediatrics*, 35: 512-22, 1949
- BOEHS, Astrid, *Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família*. Florianópolis: UFSC, 1990. 190 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- BOMAR, P.J. *Perspectives on family health promotion*. Family community Health, v.12, n.4, p.1-11, 1990.
- BOWBY, J. Separation Anxiety: *The International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 89-113, 1960.
- BORDENAVE. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Petrópolis: Vozes, 1991.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é educação*. 27 ed., São Paulo: Brasiliense, 1992.

- _____. *O que é o método Paulo Freire*. 13 ed., São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BRASIL - Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 - sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL – Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil. Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999-2002. Brasília, 1999.
- BRITO, Valdete Herdt. *Processo Ensino – Aprendizagem Da Assistência De Enfermagem: Ação e Reflexos sobre a Realidade com o Corpo Discente*. Florianópolis:UFSC,1997. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós – graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina,1997.
- BUB, et al. *Marcos para a Prática de Enfermagem com Famílias*. Florianópolis: Editora da UFSC ,1994, p.195.
- CANTON, Kátia. O estranho do ninho. *Isto É*, nº 1225, p. 5-7, março 1993.
- CARTA do Embu - Objetivos e organização administrativa do Instituto da Criança. *Pediatria*. São Paulo, 1: 85-89, 1979.
- CARTANA, Maria do Horto F. *Rede de suporte social das famílias*. Florianópolis: UFSC, 1988. 206 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- COCCO, Maria Inês Monteiro. O enfermeiro e o ensino não formal em saúde: uma abordagem teórica. *Rev. Bras. De Enf.*, v.41, n.1, p. 50-55, jan/mar. 1988.
- _____. *A ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva*. Campinas, UNICAMP, 1991. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, 1991.
- CÓDIGO de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Publicação do Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 15/05/1933.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugêses, 1989.
- CREPALDI, Maria A. *Hospitalização na Infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos em Unidade de Pediatria*. Campinas: UNICAMP, 1995. 220 p. (Tese de Doutorado). Faculdade de Educação da Universidade de Campinas,1991.

- CUNHA, Antônio Geraldo da. et al. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira 2ª edição 10ª impressão 1998. P.839.
- DEBETIR, E. et al. *Planejamento Estratégico para o Hospital Universitário da UFSC*. PRGA - UFSC, 1991. Mimeografado.
- DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W. e CRISTENSEN, P.J. *Nursing process: application of theories, frameworks and models*. St. Louis: C.V. Mosby, 1986. P. 87-89.
- DINIZ, José Cláudio. *Enfermagem: Uma Proposta atuar com Famílias de Indivíduos Alcoolistas baseada no Método de Paulo Freire*. Florianópolis:UFSC,1997.115 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós – graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina,1997.
- DYNIWICZ. *Educando-nos em grupo por ações-reflexões em saúde – uma ênfase na prática assistencial do enfermeiro*. Florianópolis: UFSC, 1995, 135 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- ECKERT, Elisabeta Roseli, HENSE, Denise S.S., PENNA, Cláudia M.M. *A família buscando saúde: um estudo com famílias sobre o conhecimento e utilização dos recursos existentes em sua comunidade*. Florianópolis, UFSC/GAPEFAM, 1993. 59 p. (mimeo).
- ELSEN, Ingrid. *Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a brazilian fishing village*. San Francisco: Universidade da Califórnia, 1984. (Tese Doutorado em Enfermagem).
- _____.Desafios da Enfermagem no cuidar de famílias In: *Marcos para a Prática de Enfermagem com Famílias*. Florianópolis: Editora UFSC, 1994, p. 61-78.
- ELSEN, I. et al. *Projeto de assistência de enfermagem à família – Hospital Universitário: Instrumentos*.Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1987. Mimeografado
- ELSEN, I. e PATRÍCIO, Z.M. *Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem*. In: SCHMITZ, E.M. et al. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu, 1989. 477 p. p. 169-179.

- FELJÓ, Sonia Terezinha. *O elemento utópico na "Pedagogia do Oprimido"*. Porto Alegre: PUC-RS, 1979, 143 p. Dissertação (Dissertação de Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1979.
- FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 18 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- _____. *Pedagogia do oprimido*. 18 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- _____. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Editora Moraes, 1980.
- _____. *Extensão ou comunicação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- _____. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. *Educação e mudança*. 18 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- _____. *Pedagogia da esperança*. 18 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- _____. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GADOTTI, Moacir. *Convite à leitura de Paulo Freire*. 2 ed., São Paulo: Saipione Ltda, 1991.
- _____. *Paulo Freire. Uma Bibliografia*. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; Brasília, DF:UNESCO, 1996.
- GAJARDO, Marcela. O legado de Paulo Freire. *O mensageiro*, nº 9, p. 20-22, novembro, 1997.
- GEORGES, M.C., PROENÇA, R.P.C., CUNHA, C.J.C.A. Estratégias competitivas em organizações públicas: o caso do Hospital Unievrstário da UFSC. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 29(2): 137-153, Abr./Jun. 1995.
- GHIORZI, Angela da Rosa. *Possibilidades e limites para uma prática transformadora na enfermagem familiar*. Florianópolis: UFSC, 1991, 227 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

- GILLIS, C.L. *Why family health care?* In: GILLIS, C.L. et al. *Toward a Science of family nursing*. Califórnia: Addison – Wesley, 1989, p. 3-7.
- GIORGI, Maria Denise M. *O Idealizado e o Realizado no Ensino da Assistência de Enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 1997, 165 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- GONZAGA, Amauri Angelo. *Educação popular em saúde: do monólogo permitido da doença ao diálogo das ações coletivas em saúde. Relato de experiência sobre itinerário de Paulo Freire*. Florianópolis: UFSC, 1994. 86 p. (Dissertação de Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- HEIDMANN, Ivonete Terezinha S.B. *Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa*. Florianópolis: UFSC, 1994. 152 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- LESCURA, Yara; MAMEDE, Marli V. *Educação em saúde: Abordagem para o enfermeiro*. São Paulo: Sarvier, 1990.
- LIBANEO, José Carlos. *A democratização da escola pública: a pedagogia crítica – social dos conteúdos*. 7 ed., São Paulo: Loyola, 1984.
- MADUREIRA, Valéria Silvana F. *Eu, você-nós: co-participes no educar*. Florianópolis: UFSC 1994, 170 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- MARCON, S.S., ELSEN, I. A Enfermagem Com Um Novo Olhar... A Necessidade de enxergar a Família. *Rev. Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v.1, n1/2,./dez. p. 21-26, 1999.
- MARTIN, Viviane B e ANGELO, Margareth. Significado do Conceito Saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.6, n.5, p.45-51, dez. 1998.
- MARTINS, Margareth L. *Ensinando e aprendendo em grupo a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas*. Florianópolis: UFSC, 1995. 165 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

- MEURER, Claudete Demétrio. *Assistência de Enfermagem Humanizada ao Recém – Nascido: Uma Proposta Educativa Baseada em Paulo Freire*. Florianópolis:UFSC,1998.113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós – Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,1998.
- MONTICELLI, Marisa. *O Nascimento Como Um Rito de Passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos*. Florianópolis:UFSC,1994.260 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,1994.
- NIGHTINGALE, Florence. *Notas sobre Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1889.
- NISTCHKE, Rosane G. *Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação família saudável*. Florianópolis: UFSC, 1991. 269 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- NISTCHKE, Rosane G. *Uma imagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos modernos: a descoberta dos laços de afetos como caminho*. Florianópolis: UFSC, 1999. 462 p. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal De Santa Catarina.
- PARSONS, T. The normal american family. In: BARASH, M., SCUBY, A. (Ed.) *Marriage and the family: a comparative analysis of contemporary problems*, New York: The Free Press, 1970. P. 193-214.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. *A prática do cuidar / cuidado à família do adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio cultural*. Florianópolis: UFSC, 1990. 282 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. *Revista Texto e Contexto*. Florianópolis, v.1, n.1, p. 89 - 105, jan/jun., 1992.
- REZENDE, Ana Magela de e NASCIMENTO, Estelina Souto do. *Criando histórias, aprendendo saúde*. São Paulo: Cortez. 1988. 150 p.

- RIBEIRO, Ivete. *A enfermagem assistindo a família maltratante através da interação*. Florianópolis: UFSC, 1990. 294 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- ROBERTSON, J. Some responses of young children to the loss of material care. *Nursing Times*, 8, abril, 1953.
- ROSA, M.S. de O. *Educação em saúde nos serviços: falácia, realidade ou utopia?* Porto Alegre: UFRGS, 1989. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1989.
- SAUPE, Rosita. Formação do enfermeiro/cidadão crítico - entendimento dos docentes de enfermagem. *Rev. Texto e Contexto*. Florianópolis, v.1, n.1, p. 1-14, jan/jun. 1992.
- _____, Rosita. *Ensinando e Aprendendo Enfermagem: A Transformação Possível*. São Paulo:1992. Tese de Doutorado Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.1992.200 p.
- SAUPE, Rosita. BRITO, Valdete H., GIORGI, Maria Denise M. *Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem*. 1997. (mimeo).
- SAVIANI, Demerval. *Escola e democracia*. São Paulo: Cortez, 1991.
- SCLIAR, Woacyr. *Do Mágico Ao Social*. A Trajetória da Saúde Pública. Porto Alegre: L&PM Editores S/A,1987.
- SILVA, Maria Elizabeth Kleba da. *Educação em saúde na assistência de enfermagem: um estudo de caso em unidade de saúde*. Florianópolis: UFSC, 1992. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- SILVA, Sônia e SILVA, I. *Valores em Educação*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- SILVA, Yolanda Flores E. *Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha*. Florianópolis, 1991. UFSC (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 178 p.
- SNYDERS, G. *A alegria na escola*. São Paulo: Ed. Manole Ltda, 1988.
- SPITZ, R.A. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood (I) *The psychoan study of the child*, 1: 57 – 74, 1945.

- SOUZA, Mariana F. Referencial Teórico. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.8, n.3, p. 223-234, 1984.
- STANTON, Marjorie, PAVI, Charlotte, REEVES, Joan S. Um resumo geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, Julia B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 24-36.
- TORRES, Carlos Alberto. *Diálogo com Paulo Freire*. São Paulo: Loyola, 1979. P.86.
- TURNER, R.H. *Family interaction*. New York: John Wiley & Sons, 1970.
- VELASQUES, Cristina Libertori et al. O enfermeiro no desenvolvimento da comunidade – atuação como educador. *Rev. Bras. De Enf.*, Brasília, v.39, n. 2/3, abr/set., 1986.
- WOSNY, Antônio de Miranda. *Nasce o sol no sol nascente: Organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde*. Florianópolis: UFSC, 1994. 121 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- WRIGHT, M.G.M. Metodologia de Elaboração das bases de um Marco Conceitual: Relato de uma experiência. In: Seminário Nacional - O Perfil e a Competência do Enfermeiro, 1, 1987. Ribeirão Preto. *Anais... EEPR-USP*: Ribeirão Preto, 1987.
- ZAGO, Anita Terezinha. *Avaliação Do Curso Supletivo Auxiliar De Enfermagem Da Escola De Formação em Saúde – CEDR HUS/SES: Na Percepção De Um Grupo De Egressos e Instrutores /Supervisores*. Florianópolis:UFSC,1997. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós –Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,1997.

7 ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM

Florianópolis, 14 de maio de 1999.

DECLARAÇÃO

A Comissão de Ética da Enfermagem do HU/UFSC, declara que o Projeto “Uma Prática Educativa em saúde com Famílias de Crianças Hospitalizadas”, de autoria da Enfermeira Elisabeta Roseli Eckert, não contém nada que infrinja o Código de Ética ou as Leis do Exercício da Profissão de Enfermagem.

Atenciosamente.


Dr. Tania Soares Rebelo
COREN-SC 20.854
HU/UFSC

Coordenador da Comissão de Ética
da Enfermagem do HU/UFSC

RELAXAMENTO

Procure sentar-se bem a vontade, de maneira mais confortável possível. Feche os olhos e solte-se, solte bem o corpo. Solte os pés, as pernas, o abdômen, o tórax, as mãos, os braços, a cabeça e a mente. A partir de agora tudo ficou para trás na sua vida, as preocupações, os infortúnios, nada o perturba nesse momento. Procure fazer o que diz as palavras. Imagine em sua frente uma bola; esta bola está crescendo, crescendo e se transforma em uma enorme bola colorida, da cor que você preferir. E dentro desta bola está você, bem leve e bem solto se deixe levar ao sabor do vento, vai bem longe, longe de tudo e de todos, só você e a natureza. Se deixe levar a um lugar que você gostaria de estar agora, num campo, numa praia, em um quarto, qualquer lugar. Saia da bola. Nesse lugar procure sentir a natureza, procure sentir o vento, o barulho das ondas do mar. Procure ser você. Respire fundo, expire, inspire, expire. Agora solte seu pensamento, pensamento é energia; energia é a consciência em movimento. Seu corpo é energia e a consciência é a força da vida. Gostaria que você lembrasse da palavra paz; paz, paz. Sentindo essa paz por todo seu corpo; penetrando em sua alma. Você tem luz, tem força, tem saber, tem poder. Quanto mais você relaxa mais livre você é. Seu pensamento é alegria, é força, é energia, é harmonia que atinge todo seu corpo, suas células, átomos e moléculas. Todos os seus órgãos estão funcionando em plena harmonia. Sua pele é uma camada de luz e carne. Você é um indivíduo não dividido, tudo em um só. Repita para você mesmo: Eu sou luz, eu sou energia, eu sou pensamento, eu sou Deus, eu sou pz, paz. Agora você está voltando nessa mesma bola colorida, volte suavemente. Comece a mexer seus pés, seus dedos, suas pernas, suas mãos, seus braços, mexa seu pescoço, sua cabeça, abra os olhos e respire fundo. Vamos levantar, esticar os braços acima da cabeça, ficar na ponta dos pés e alongar bem o corpo.

(Autor desconhecido)

Plano para a discussão temática*

Tema Gerador:

1 - Idéias para discussão:

2 - Finalidades do diálogo:

3 - Encaminhamentos do diálogo:

* Extraído de um documento mimeografado, para os círculos de cultura de Mossoró e Angicos (1961-62) e citado por Carlos Rodrigues Brandão.