

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
MESTRADO EXPANDIDO EM ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM  
POLO II - FURG/UFPEL

*VIVENCIANDO UM PROCESSO EDUCATIVO:  
UM CAMINHO PARA ENSINAR-APRENDER E  
PESQUISAR*

MARIA ELISABETH CESTARI  
RIO GRANDE  
1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

***VIVENCIANDO UM PROCESSO EDUCATIVO:  
UM CAMINHO PARA ENSINAR-APRENDER E  
PESQUISAR***

MARIA ELISABETH CESTARI

Dissertação apresentada à Banca Examinadora  
como requisito parcial para a obtenção do título  
de Mestre em Assistência de Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Magela de  
Rezende

Rio Grande  
1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
REPOENSUL POLO II - FURG/UFPEL  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

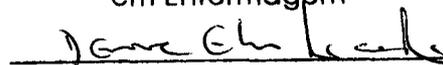
## VIVENCIANDO UM PROCESSO EDUCATIVO: UM CAMINHO PARA ENSINAR-APRENDER E PESQUISAR

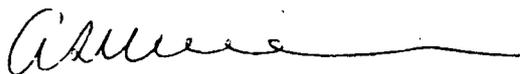
MARIA ELISABETH CESTARI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem e aprovada em agosto de 1999.

BANCA EXAMINADORA

UFSC - Curso de Pós-Graduação  
em Enfermagem

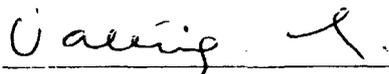
  
Prof.ª Dra. Denise E. Pires de Pires  
Coordenadora



Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende - Presidente/Orientadora



Dra. Rosita Saupe - Membro



Dra. Valéria Lerch Lunardi - Membro

  
Dra. Marta Regina Cezar Vaz - Suplente

## AGRADECIMENTOS

À Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende pela disponibilidade e competência na orientação. Como verdadeira educadora, gerou dúvidas, apontou possibilidades, ofereceu apoio e me mostrou, com sua prática, a importância de saber escutar.

Às professoras Dra. Rosita Saupe, Dra. Valéria Lerch Lunardi e Dra. Marta Regina Cezar Vaz pela atenção e contribuições apresentadas.

À Mariângela, colega sempre presente e que auxiliou de inúmeras maneiras na concretização deste trabalho.

Às colegas do curso de mestrado pelo convívio prazeroso e apoio.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rio Grande em especial as professoras Sueli Zappaz, Mara Regina Santos da Silva, Marta Borba, Maria José Chaplin e Adriana Dora da Fonseca pelo estímulo e confiança sempre demonstrados.

A todas as alunas com quem convivi e que, ao longo dos anos, vêm me ensinando a ser professora. Em especial, quero agradecer às alunas que não apenas concordaram em participar deste trabalho, mas que, ao assumirem sua condição de sujeitos, transformaram esta proposta em realidade.

A equipe de Enfermagem da unidade de internação onde desenvolvo minha atividade de ensino, pelo acolhida e por compartilhar seus conhecimentos.

A prática da enfermagem e do ensino tem muitos pontos em comum e, acredito, o mais importante deles é acontecer na relação entre sujeitos. Desta forma um trabalho como este, que envolve estas duas áreas, nunca é realizado de forma isolada por isso quero agradecer às muitas pessoas que, de forma direta ou indireta, de alguma maneira possibilitaram sua concretização.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	vi
ABSTRACT .....	vii
1. A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL PERCORRIDA .....	03
2. O ENSINO PRÁTICO DE ENFERMAGEM .....	11
3. A PROCURA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO .....	27
3.1. O PENSAMENTO DE PAULO FREIRE .....	33
4. O CAMINHO DA AÇÃO- REFLEXÃO-AÇÃO .....	41
5. A CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE ENSINO .....	47
5.1. O DELINEAMENTO DA PROPOSTA DE ENSINO PARA ESTÁGIO .....	55
5.2. O DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA DE ESTÁGIO .....	60
6. REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA VIVENCIADA .....	78
6.1. COMUNICAÇÃO ENTRE ALUNA E PROFESSORA .....	82
6.2. COMUNICAÇÃO ENTRE ALUNA E PACIENTE .....	97
6.3. ENSINAR E APRENDER ENFERMAGEM .....	120
6.4. O TRABALHO DA ENFERMAGEM .....	152
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	172
ANEXOS .....	177

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso que tem como objetivo *estudar de forma profunda uma prática educativa desde sua concepção até sua avaliação*, apontando alguns pontos frágeis na forma de desenvolvimento do ensino prático assim como estratégias que permitiram sua superação. A necessidade de modificar o ensino prático surgiu a partir de minha experiência profissional e de trabalhos realizados durante as diferentes disciplinas do mestrado que indicaram as limitações do ensino realizado e possíveis alternativas para o desenvolvimento do trabalho docente. A proposta apresentada para o desenvolvimento de uma disciplina prática do curso de graduação em enfermagem foi orientada pelo pensamento de Paulo Freire e tem como pressupostos: as atividades de ensino-aprendizagem devem ser planejadas e acompanhadas de forma rigorosa com a utilização de um referencial teórico explícito; o ensino prático deve partir das situações concretas vividas nos diferentes campos de estágio para problematizá-las e desenvolver na aluna um pensamento crítico capaz de ajudá-la a se integrar no mercado de trabalho; a metodologia de ensino utilizada deve considerar a aluna como sujeito de seu processo de ensino-aprendizagem e auxiliá-la a desenvolver a curiosidade epistemológica e o hábito da reflexão. A concepção e implementação desta proposta constituiu-se em um *caminho para ensinar-aprender* enquanto que o acompanhamento e análise de sua implementação constituiu-se em um *caminho para pesquisar*. A partir da análise dos dados, quatro temas emergiram com força: a *comunicação entre aluna e professora*, a *comunicação entre aluna e paciente*, *ensinar-aprender enfermagem* e *o trabalho da enfermagem*. Estes temas apresentam-se profundamente interligados sendo que a forma de comunicação estabelecida entre os diversos sujeitos, alunas, professora, pacientes, exerce papel fundamental no desenvolvimento de todo o processo. As concepções de Paulo Freire utilizadas mostraram-se extremamente férteis para o planejamento e execução do ensino prático de enfermagem.

## **ABSTRACT**

It's a case study which has as objective studying deeply an educational practice from it's conception to it's evaluation, pointing out some fragile points on the form of development of practical education as well as strategies that allow to overcome them. The need to modify the practical education arrived from my professional experience and from studies done during the different master degree disciplines which indicated the limitations of the teaching that was being done and possible alternatives for the elaboration of the teacher's work. The proposal presented for the development of a practical discipline for nursing education was oriented by the ideas of Paulo Freire and has as presupposition: the teaching-learning activities must be planned and accompanied in a rigorous form with the use of an explicit theoretical referential; the practical education must come from concrete situations lived in clinical practice in order to discuss them and to develop in the student a critical thinking capable of helping her to integrate in the job-market; the teaching methodology must consider the student as a subject of her teaching-learning process and help her to develop the epistemological curiosity and the habit of reflection. The conception and implementation of this proposal constitutes itself in a path to teach-learn while the accompaniment and analyses of it's implementation constitutes itself in a path to research. From the analyses of the data four topics emerged: the communication between student and teacher, the communication between student and patient, teaching-learning nursing and the work of nursing. The topics present themselves deeply interconnected being that the form of communication established between various subjects, students, teachers, patient, performs a central role in the development of the whole process. The used Paulo Freire's conceptions proved themselves extremely fertile for the planning and execution of the practical education of nursing.

## *A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL PERCORRIDA*

Como professora de enfermagem, acompanho as alunas durante suas atividades práticas e, junto com elas, presto cuidados/assistência aos pacientes. É com preocupação que observo os constantes problemas que os serviços de saúde enfrentam, em especial os públicos, e a forma como estes afetam não só a população mas também os profissionais desta área. Apesar de um discurso muito difundido sobre a necessidade de capacitação e humanização dos serviços, não é isso o que observo na minha realidade.

Certamente, muitos profissionais, além dos usuários e da própria população, preocupam-se com a baixa qualidade da assistência de saúde, mas não se tem conseguido nem mesmo formular, com clareza, questões que possam nortear nossas reflexões, sendo mais difícil ainda determinar o papel dos profissionais neste quadro e vislumbrar estratégias alternativas de enfrentamento desta realidade.

Durante o curso de mestrado, tenho repensado minha atividade profissional e procurado entender melhor o meu momento atual e a origem de minhas certezas e incertezas. Acredito que para tanto seja necessário, inicialmente, rever minha trajetória como enfermeira e professora.

O meu primeiro contato com a Enfermagem ocorreu como aluna do curso de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que concluí em 1977. Antes de ser aluna, eu não tinha praticamente nenhuma informação sobre esta carreira, a não ser o que se vê em filmes e livros. Eu procurava uma profissão que

basicamente trabalhasse com pessoas e achei que a Enfermagem seria uma opção interessante e não me arrependi.

O curso, que freqüentei, era, naquela época, extremamente técnico e disciplinador, seu currículo enfatizava a área curativa/hospitalar, privilegiava o atendimento individual e sublinhava a importância do trabalho em equipe. O discurso das docentes procurava caracterizar a atividade de enfermagem como uma profissão, salientando o respeito aos princípios científicos, a visão do homem como um ser bio-psico-social e afastando os mitos de abnegação, bondade e devotamento à humanidade.

O caráter profissional do enfermeiro exigia o domínio de um corpo de conhecimentos e habilidades que lhe permitisse planejar e executar a assistência de enfermagem aos pacientes e clientes, além de coordenar o trabalho da equipe de enfermagem. A assistência de enfermagem, deste ponto de vista, é responsabilidade do enfermeiro que a presta não como um ato de bondade mas como parte de seu compromisso profissional.

Segundo uma idéia bastante difundida entre os docentes naquela época, era preciso deixar de ser *tarefeira*, ou seja ficar só executando procedimentos diversos, para passar a planejar e coordenar a assistência de enfermagem. Em resumo, acredito que a idéia geral poderia ser traduzida por *parar de fazer, para começar a pensar*, reforçando uma dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho manual. Também, ia adquirindo prestígio o Processo de Enfermagem baseado na teoria de Wanda Horta, o qual era defendido com entusiasmo por parte dos docentes do curso.

Como em outros cursos de enfermagem, a maior parte da carga horária era destinada às atividades práticas e, no seu desenvolvimento, surgia o descompasso entre o discurso e a prática dos professores: o atendimento às necessidades físicas mais evidentes era priorizado e não o atendimento do ser bio-psico-social; o processo de enfermagem não era tão valorizado quanto a execução de procedimentos; o aspecto *bom* de atender as pessoas era salientado enquanto que as questões profissionais propriamente ditas quase nunca foram discutidas; o trabalho era predominantemente individual em vez do anunciado trabalho em equipe. Durante os estágios, os professores procuravam formar os futuros profissionais, valorizando condutas

consideradas apropriadas, tais como o respeito às normas e rotinas, o cumprimento de horários, o uniforme completo, a execução de técnicas exatamente como descritas nos manuais, entre outras.

Posso dizer, portanto, que o curso refletia o próprio desenvolvimento da Enfermagem e seus conflitos mantendo características de diferentes fases: a disciplina rígida quanto à conduta durante os estágios, a ênfase nos princípios científicos e na importância do planejamento da assistência com a utilização de uma teoria de enfermagem. O discurso ressaltava o caráter científico da profissão e sua valorização com o uso de teorias próprias, salientando o caráter intelectual do trabalho da enfermeira que deveria ser a coordenadora da equipe de enfermagem. A prática, no entanto, valorizava o estreito respeito às técnicas, às normas e rotinas e o trabalho individual. Nenhuma teoria de enfermagem era utilizada, de fato, para planejar a assistência de enfermagem prestada pelas alunas.

Estudando a constituição histórica do saber da enfermagem, Almeida (1989) mostra que, a partir do final da década de 40 até meados dos anos 60, a enfermagem preocupou-se em organizar os princípios científicos que orientariam sua prática e enfatizar, no discurso, o trabalho em equipe, além de passar a encarar o ser humano como um ser bio-psico-social. Neste período, houve, então, uma mudança no enfoque do trabalho da enfermagem que deixou de ser centrado em tarefas para ser centrado nas necessidades dos pacientes/clientes. A partir do fim da década de 60, a enfermagem, por meio de suas lideranças, dedicou-se à construção de um corpo de conhecimentos específicos que garantisse sua autonomia desenvolvendo-se, então, as teorias de enfermagem.

Logo após minha formatura, comecei a trabalhar como enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição onde havia desenvolvido a maior parte de minhas atividades práticas durante a graduação, e que, além de ser um Hospital Universitário, apresentava excelentes condições de trabalho, tanto do ponto de vista de recursos materiais como humanos. A unidade onde eu estava lotada foi a primeira deste hospital a utilizar sistematicamente o Processo de Enfermagem como instrumento de trabalho, sendo que era realizado histórico de enfermagem, lista de problemas, prescrição e evolução diária de todos os pacientes, bem de acordo com o que eu tinha aprendido durante a graduação. Portanto, eu fazia, como profissional,

aquilo que durante a graduação era preconizado como o trabalho da enfermeira ou seja, planejar, executar e coordenar a assistência de enfermagem.

Algum tempo depois, tornei-me professora do curso de graduação em Enfermagem da Fundação Universidade do Rio Grande (FURG) que não havia formado ainda sua primeira turma. As atividades práticas dos alunos eram desenvolvidas em uma instituição conveniada que não contava, na época, com enfermeiras em seu quadro. A assistência de enfermagem era prestada por atendentes, supervisionados por irmãs de caridade, algumas das quais eram auxiliares de enfermagem. A maioria das trabalhadoras eram recrutadas entre o pessoal do serviço de limpeza ou da copa e seu treinamento era feito durante o próprio trabalho por outras atendentes, que também haviam aprendido assim. Literalmente, elas aprendiam a trabalhar trabalhando; foi só alguns anos depois que começaram a ser oferecidos cursos preparatórios para atendentes. A distribuição de tarefas atendia a uma escala funcional e ninguém sabia do paciente *como um todo*, cada um preocupando-se apenas com a atividade que lhe cabia executar.

A maioria dos pacientes tinha acompanhantes que eram responsabilizados por grande parte da assistência; eles é que deviam *cuidar* o soro, fazer troca de decúbito, auxiliar o paciente a sair do leito e avisar se surgisse algum *problema*, entre outras coisas. Se o paciente não tivesse acompanhante, então receberia estes cuidados se fosse possível; era como se a equipe de enfermagem não tivesse nenhuma responsabilidade com esta pessoa, além de administrar a medicação, fazer os curativos e verificar os sinais vitais.

Eu, que dominava princípios científicos, que prezava a qualidade técnica da assistência, que tinha domínio teórico e prático do planejamento da assistência de enfermagem, simplesmente não podia aceitar que os pacientes fossem assistidos daquela forma. Na verdade, acreditava que situações como as que eu estava vivendo fizessem parte apenas da história pregressa da Enfermagem; não imaginava que existissem realidades assim e não estava, de nenhuma maneira, instrumentalizada para enfrentá-las. Acredito que a grande lacuna da minha graduação foi justamente preocupar-se em formar um profissional tecnicamente competente para uma dada realidade, desconsiderando, e de certa forma ocultando, a existência de outras realidades.

O que mais me espantava, o que eu considerava, e ainda considero, inconcebível era que as pessoas envolvidas, as atendentes, os pacientes, acompanhantes e equipe médica, pareciam ver esta situação como absolutamente *normal, natural*. Ninguém parecia imaginar que a assistência aos pacientes devesse ser diferente.

O corpo docente do curso, de um modo geral, compartilhava a mesma perplexidade e indignação. Nas disciplinas procurávamos falar às alunas sobre outras realidades nas quais o trabalho de enfermagem era realizado de forma muito diferente. Nos campos de estágio, ao nos referirmos as atividades desenvolvidas pela enfermagem, freqüentemente afirmamos que “*não é assim que se faz*”. As alunas viviam um conflito muito grande entre o que estudavam e o que viam, o que caracterizava uma dicotomia entre teoria e prática.

Eu sabia que não seria razoável esperar que as atendentes, treinadas exclusivamente no próprio trabalho e que só conheciam esta realidade, fossem capazes de preocupar-se com coisas tais como princípios científicos. Elas trabalhavam com base exclusivamente no senso comum. Por outro lado, acreditava que os profissionais, por terem conhecimento técnico, tinham, também, a responsabilidade de buscar mudanças, de mostrar a possibilidade de prestar outra assistência. Até hoje mantenho a convicção de que o conhecimento, adquirido através da educação formal, traz consigo responsabilidades; as pessoas que tiveram a oportunidade de freqüentar um curso de graduação, que tiveram acesso ao conhecimento sistematizado, que é socialmente produzido, tem também responsabilidades sociais.

Apesar de entender que *devia fazer alguma coisa*, não sabia o que poderia ser feito. O relacionamento com a equipe de enfermagem nos campos de estágio não era fácil, existindo, por parte de alguns, franca hostilidade. Creio que elas se sentiam ameaçadas, ou talvez agredidas, pela nossa presença. Afinal, elas sabiam trabalhar e algumas faziam isso há muitos anos, e acreditavam que sabiam tudo o que era necessário. Já as professoras e alunas atendiam os pacientes de forma diferente e, de muitas maneiras, mostravam não concordar com o que era feito na instituição. Foi necessário um longo aprendizado, e muito tato, não só para evitar confrontos diretos e manter os campos de estágio, como para despertar o interesse dos funcionários em um saber diferente daquele que possuíam.

Curiosamente, foi quando me defrontei com a impossibilidade de aplicar eficientemente o meu conhecimento técnico que consegui, de fato, reconhecer sua real importância e significado; foi vendo como o não saber fazer pode comprometer a vida das pessoas que o conhecimento técnico adquiriu, para mim, sua dimensão realmente humana. Ele é absolutamente indispensável para o exercício da profissão, mas não é o suficiente, é igualmente necessário um profundo respeito pelo paciente como sujeito, uma aceitação dele como uma pessoa diferente de mim mas, também, tão semelhante. Sempre considerei este meu saber como visceral pois envolve razão, sentimento e impele à ação; talvez por isso eu tenha me identificado com Paulo Freire quando diz que o ato de aprender envolve o ser humano como um todo e reconhece a *“confrontação com o mundo como a fonte verdadeira do conhecimento”* (Freire, 1992, p.27).

Foi também neste momento que descobri a importância da presença, de estar junto ao paciente. Como eu não podia prestar toda a assistência necessária procurava, pelo menos, conversar com todos os pacientes, ficar algum tempo com cada um. Este cuidado se mostrou extremamente confortante para os pacientes e, confesso, para mim também.

Eu tinha muito receio de me *acostumar* com aquele modelo de atendimento e acabar por não mais *enxergar* seus problemas e distorções. Adquiri, então, o hábito de observar muito atentamente a prática; inicialmente, apenas para criticá-la e, mais tarde, para sobre ela refletir e esse foi, provavelmente, o ponto mais positivo desta experiência. Hoje, tenho convicção de que é preciso que cada profissional mantenha permanentemente a postura de olhar com atenção seu fazer, não simplesmente para negá-lo ou aceitá-lo, mas para sobre ele refletir. A partir das dificuldades concretas, vivenciadas no dia a dia profissional, é que podemos buscar uma base teórica que nos ajude a reformular a própria prática.

Considerando uma realidade como a que descrevi anteriormente, pode-se imaginar a dimensão do conflito que havia entre a teoria proposta e a prática vivenciada pelas alunas. O que era ensinado às alunas, durante as aulas teóricas, não era visto na prática, reforçando a convicção de que teoria é uma coisa de intelectuais, não pode ser usada na prática e que é na prática que se aprende de fato. Ouvi isso

vezes sem conta, e também já vi muito do que esta prática repetitiva, mecânica, acrítica é capaz de ensinar.

A criação do Hospital Universitário da FURG foi um passo extremamente importante para modificar o modelo de assistência de enfermagem prestado na cidade e as professoras do curso de enfermagem tiveram participação decisiva, tanto no planejamento quanto na implantação deste hospital. Para se ter uma idéia do seu reflexo no mercado de trabalho para enfermagem, basta lembrar que, quando da sua implantação, em 1986, foram contratadas 12 (doze) enfermeiras para um total previsto de 104 leitos, o que foi considerado, mesmo dentro da Universidade, como um número excessivo. Nesta mesma época, os dois outros hospitais da cidade contavam, ao todo, com 4(quatro) enfermeiras. Hoje, este Hospital Universitário, que possui 125 leitos, um hospital dia para tratamento de pacientes portadores de AIDS, serviço ambulatorial e de pronto atendimento, conta com 39 (trinta e nove) enfermeiras em seu quadro. Os outros dois hospitais totalizam cerca de 48 (quarenta e oito) enfermeiras.

No entanto, o distanciamento entre teoria e prática, apesar da grande melhora na qualidade da assistência de enfermagem prestada no Hospital Universitário, persiste até hoje sendo, sem dúvida nenhuma, um problema a ser enfrentado por todas profissionais de enfermagem na busca do desenvolvimento da profissão.

Refletindo sobre minha experiência profissional, percebo que a prática da enfermagem tem sido não só origem de inquietações e incertezas como, de certa forma, tem condicionado o meu próprio desenvolvimento profissional. Mesmo o trabalho docente, que representa a maior parte de minha experiência profissional, tem sempre a prática concreta da enfermagem como horizonte, como objetivo. Isto significa que, para mim, o ensino não tem um fim em si mesmo e não pode, jamais, perder de vista as questões concretas da prática profissional.

Foi, na verdade, observando a prática profissional de ex-alunas que fui percebendo as deficiências do próprio ensino; foi esta observação que me fez refletir seriamente sobre como desempenho minha atividade e me fez ver a necessidade de desenvolvê-la a partir de um suporte teórico específico.

Coerente com minha própria história profissional, os trabalhos que desenvolvi durante as diversas disciplinas do mestrado estiveram sempre ligados às questões da minha prática profissional, tanto como enfermeira quanto como docente. A realização destes trabalhos permitiu que eu fosse adquirindo uma concepção teórica mais clara do meu fazer e, por outro lado, o fato de não me afastar das atividades de ensino mesmo durante a realização do mestrado permitiu que teoria e prática fossem se influenciando reciprocamente.

Assim, o tema que escolhi para dissertação não poderia ser outro que não o ensino prático de enfermagem, momento este que reúne tanto a prática de ensino como a de enfermagem e onde a teoria pode realmente subsidiar um fazer verdadeiramente humano.

## O ENSINO PRÁTICO DA ENFERMAGEM

Durante o meu trabalho, freqüentemente ouço professores, de várias áreas, queixando-se dos alunos que “*não querem estudar*”, “*não se esforçam*”, “*não sabem escrever*” e, além disso, não dominam os conteúdos próprios do segundo grau. Acrescentaria, a partir da minha vivência, que eles não sabem ler, ou seja, não estão acostumados a fazer uma leitura crítica, não questionam o próprio texto e aceitam, ou não, as afirmações do autor, baseados simplesmente no que *acham*. Também é freqüente, na fala dos professores, a queixa de que os alunos não “*lembram do que foi ensinado nas disciplinas que são pré-requisito*” e que não conseguem relacionar o conhecimento das diferentes disciplinas<sup>1</sup>. Este discurso, aparentemente, responsabiliza os alunos por todos os problemas e insucessos relacionados ao processo educativo.

Exerço parte de minha atividade docente em um Hospital Universitário, onde a grande maioria das enfermeiras são egressas do curso onde trabalho (na verdade, ex-alunas minhas). Posso ver que muito do que tem sido apregoado como objetivo do curso não tem se concretizado no trabalho destas profissionais. Será que este aparente insucesso ocorre porque *as alunas não estudam, não se esforçam?*

Acredito que, quando o produto de uma atividade não corresponde aos seus objetivos, deve-se analisar, de forma bastante crítica, como foi desenvolvida esta atividade para tentar descobrir suas falhas e procurar caminhos para sua superação. É

---

<sup>1</sup>Em trabalho realizado junto a um curso de graduação em enfermagem, Saupe (1992) encontrou o mesmo descontentamento e preocupação com os alunos. O que há de comum, e preocupante, é que parece não existir a crença na possibilidade dos alunos aprenderem.

claro que isto se aplica perfeitamente à prática docente e, se a profissional formada não corresponde ao desejado, então é preciso repensar o ensino.

Refletindo sobre a formação da enfermeira, pergunto-me se esta tem contribuído para o desenvolvimento/reconhecimento da profissão ou, ao contrário, tem reproduzido uma profissional despreparada para enfrentar de forma crítica o dia a dia de trabalho.

Esta preocupação também é manifestada por outros profissionais. Waldow diz acreditar que as escolas não têm oferecido um *produto* satisfatório ao mercado e pergunta se as escolas de enfermagem tem formado um “*bom empregado de saúde que atenda as exigências da instituição ou um profissional capacitado a prestar excelente qualidade de assistência de enfermagem, centrada e fundamentada em conhecimento científico*” (Waldow, 1989, p. 42). A este questionamento, acrescento outro: será que as escolas de enfermagem tem formado um *profissional capacitado a prestar excelente qualidade de assistência de enfermagem, centrada e fundamentada em conhecimento científico* levando em consideração as condições concretas da atividade profissional?

No caso específico da formação da enfermeira, se um determinado curso decidir atender às necessidades do mercado de trabalho, então, deve formar uma profissional que saiba realizar procedimentos com economia e rapidez, que aceite as atividades propostas sem discussões ou críticas, enfim, que trabalhe com a lógica do sistema. Por outro lado, a opção pode ser por formar uma profissional com competência técnica e política, capaz de atender às reais necessidades da população, uma profissional crítica, inovadora, transformadora.

Acredito que a segunda opção seja a idealizada e teoricamente escolhida pela maciça maioria dos cursos de Enfermagem, no entanto, a oposição entre treinar um profissional para o mercado ou formar um profissional crítico talvez precise ser melhor analisada. Concordo com Perrenoud (1993) quando diz que preparar um profissional para um sistema que não existe é de um idealismo ingênuo, perigoso e culpado porque coloca os profissionais numa situação impossível.

Formar uma enfermeira, desconhecendo as características do sistema de saúde atual e as condições de trabalho em que irá atuar, pode levá-la ao desencanto e

acomodação muito rapidamente. No entanto, não cabe à escola simplesmente treinar mão de obra para o mercado de trabalho. Que profissional deve-se, então, formar? A solução, talvez, esteja numa proposta intermediária que seria formar profissionais capazes de funcionar no sistema atual, mas suficientemente críticos para propor modificações e, acima de tudo, formar um profissional que saiba enfrentar contradições e conflitos pois:

*Levar o conflito em linha de conta é o primeiro passo para o dominar, significa saber até onde podemos ir sem nos marginalizarmos, como manter o diálogo com os colegas, como preservar certa harmonia institucional sem pôr em causa a autonomia, como negociar sobre o essencial e ceder no acessório (Perrenoud. 1993, p.169).*

Podemos dizer que esta terceira proposta visa formar uma profissional integrada ao trabalho e não apenas a ele adaptado. Aqui a **integração**, utilizando o conceito de Paulo Freire (1991), implica na capacidade de ajustar-se à realidade e de transformá-la, de optar, ser crítico. **Adaptação**, por outro lado, está ligada à acomodação; implica em ação apenas defensiva, em perda de liberdade.

Decididas as características básicas do profissional que se quer formar, é possível determinar que conhecimentos e habilidades devem ser desenvolvidos durante o curso. O passo seguinte é, necessariamente, pensar em como desenvolver estes conhecimentos e habilidades.

Uma das grandes contradições do ensino universitário é que seus professores e professoras não precisam ter formação pedagógica, como se para ensinar fosse necessário apenas ter domínio do conteúdo técnico a ser transmitido, como se educação fosse o mesmo que simples transmissão de conhecimentos. A exigência de pós-graduação para professores de 3º grau também não garante este tipo de formação, já que muitos dos cursos de mestrado, em especial das áreas técnicas, não incluem disciplinas relacionadas à educação em seu currículo.

Alguns trabalhos tem ressaltado que a prática pedagógica das professoras é “grandemente dependente de modelos de ensino internalizados ao longo de sua vida como estudante em contato estreito com professores” (Santos, 1995, p.20). Então, se mesmo as professoras com formação didático-pedagógica, tendem a ensinar como

aprenderam, pode-se imaginar que na Universidade existe uma tendência em reproduzir métodos de ensino tradicionais.

Considerando o ensino da enfermagem, tanto nos cursos de graduação como nos de nível médio, observa-se que, tradicionalmente, a atividade prática é privilegiada, o que indica, entre outras coisas, uma decisão sobre como deve-se ensinar.

A predominância das atividades práticas no ensino da enfermagem tem raízes históricas. O curso do hospital St. Thomas, proposto por Nightingale, oferecia uma formação básica de um ano seguida de um período de atividades práticas, este correspondia a três anos para as “nurses” e dois para as “ladies-nurses” (Silva, 1989). Nos Estados Unidos, as primeiras escolas surgiram no início do século, eram ligadas aos hospitais, não possuíam autonomia didático-pedagógica e suas estudantes tinham apenas 4 ou 5 meses de instrução e três anos de trabalho no hospital, com jornadas de 12 a 16 horas por dia (Almeida e Rocha, 1989). Neste país, a criação das escolas de Enfermagem esteve atrelada à necessidade de suprir mão de obra para a rede hospitalar em expansão e o ensino perdeu seu caráter sistematizado. Este modelo predominou até por volta de 1960, apesar da pressão das educadoras e de várias mudanças curriculares (Caldeira, 1992).

No Brasil, em 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras com o objetivo de suprir a necessidade de pessoal do Hospício Nacional de Alienados. Em 1923, foi criada a primeira escola de Enfermagem no modelo Nightingale, anexa à Divisão Nacional de Saúde Pública. Esta escola, atualmente denominada Ana Néri, apesar de ter sido criada para atender a problemas de saúde pública, exigia de suas alunas oito horas de trabalho diário no Hospital São Francisco de Assis.

Em 1949, foi promulgada uma lei específica para o ensino da Enfermagem que determinou a duração deste curso em trinta e seis meses. Os estágios eram obrigatórios, inclusive em várias especialidades de Clínica Médica e Cirúrgica, mas sem a determinação do número de horas diárias de estágio hospitalar. Eram proibidas reduções ou dispensa das aulas teóricas, práticas e estágios e as eventuais faltas eram compensadas nas folgas, férias ou no fim do curso (Carvalho, 1972).

Levantamento realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem, entre 1956 e 1958, mostra que 60% das Escolas de Enfermagem, então existentes, eram responsáveis também pelo Serviço de Enfermagem e 82% exigiam entre 46 a 50 horas semanais de estágio, excluídas as horas para aulas. As professoras, ou instrutoras, eram também as chefes de serviço e, assim, as atividades das alunas eram determinadas mais pelas necessidades dos serviços do que por objetivos educativos (Caldeira, 1992; Carvalho, 1972).

Em 1962, as escolas de Enfermagem passam a fazer parte do ensino superior e o Conselho Federal de Educação estabelece o currículo mínimo que prevê a duração do curso em vinte e sete meses, ou três anos acadêmicos e a exclusão da obrigatoriedade da disciplina de Enfermagem em Saúde Pública. A Portaria Ministerial 159/65 fixou a duração dos cursos em horas-aula, 2.430 para o curso geral de Enfermagem, e estabeleceu que, para a integralização do tempo, os estágios não poderiam representar mais do que um décimo do total de horas fixadas para o curso (Lanthier, 1982).

A Comissão de Educação da ABEn, em reunião com as diretoras das escolas, alertou para a *“necessidade de registrar as horas de estágio como ensino clínico ou com outras denominações, contando que não podiam deixar de ser computadas como tempo útil”* (Lanthier, 1982, p.17). Este alerta mostra que as educadoras continuavam valorizando as atividades práticas como necessárias para a formação da enfermeira e procuravam formas de manter esta modalidade de ensino.

A resolução 04/72, que estabeleceu um novo currículo mínimo, aumentou a carga horária de estágio de um décimo para um terço da parte profissionalizante do curso, além disto, o tempo médio para integralização do curso foi estabelecido em quatro anos. Estas modificações, aparentemente, atenderam as constantes solicitações da categoria por maior carga horária para o curso e, em particular, para os estágios.

A Portaria 1.7621/ 94, estabeleceu a carga horária para integralização do curso de Enfermagem em 3.500 horas/aula, além de outras alterações, no entanto, com a nova Lei de Diretrizes e Bases, não há mais a imposição de um currículo mínimo para os cursos de graduação. Uma comissão de especialistas, apoiada em

proposta da ABEN, discute atualmente o estabelecimento de diretrizes curriculares que orientem os cursos de enfermagem.

Cabe perguntar quais são as razões para esta ênfase no ensino prático, até hoje presente nos cursos de formação profissional? Nightingale, ao fundar sua primeira escola de enfermagem, preconizava, como requisito primordial, para as alunas, a elevação moral aliada a um mínimo de condições educacionais, tendo implantado o sistema de internato *“principalmente, para garantir a preservação e desenvolvimento dessa elevação moral”* (Meyer, 1995, p.70). Pode-se inferir que esta prática intensiva tivesse, prioritariamente, o objetivo de moldar uma conduta condizente com os ideais propostos e não o de desenvolver o conhecimento e proporcionar as vivências necessárias ao desenvolvimento da profissão.

Nos Estados Unidos, desde o início do século XX, até metade da década de 40, houve um rápido crescimento do número de hospitais com a proliferação de escolas de enfermagem que estavam, em sua maioria, atreladas a estes hospitais. O ensino era centrado em procedimentos e as longas horas de treinamento prático tinham por objetivo tomar as futuras profissionais rápidas e eficientes. Segundo Silva (1989, p.77), as escolas de enfermagem *“estavam diretamente vinculadas a hospitais particulares, servindo a seus interesses imediatos de mão de obra e de diminuição de custos, o que redundava na hipertrofia das atividades práticas dos alunos”*. As enfermeiras já graduadas dedicavam-se basicamente à enfermagem domiciliar. O trabalho nos hospitais era executado quase que exclusivamente por alunas, sob a supervisão das professoras.

O Brasil, com a criação da escola Ana Nery, importou o modelo americano, sendo grande parte das escolas de enfermagem criadas junto a hospitais e suas alunas suprindo a eventual deficiência de mão de obra. As professoras apresentavam uma sobrecarga de trabalho já que, ao mesmo tempo, executavam as atividades inerentes aos serviços e supervisionavam as alunas. O tempo disponível para a preparação de aulas era, assim, quase inexistente. A exploração da força de trabalho das estudantes foi uma constante na história da enfermagem.

Vemos, então, que a ênfase no ensino prático, historicamente, está vinculada à necessidade de disciplinar as estudantes e/ou prover mão de obra de baixo

custo para as instituições de saúde. Portanto, o ensino prático não é simplesmente uma escolha natural, lógica, não devendo ser aceito sem questionamentos, sem que se pergunte como e por que adotar este tipo de ensino.

Concordo com Waldow quando diz que a maioria das alunas já vem “condicionadas e motivadas para atividades práticas (...) submetendo-se ao senso comum e engajando-se mais em disciplinas e atividades que priorizam o modelo biomédico e o tecnicismo” (1995, p.111) pois tenho observado, ao longo de minha experiência docente, uma grande valorização das atividades práticas como forma de aprender, tanto por parte dos alunos quanto das profissionais de enfermagem. Mais do que simples forma de aprender, estas atividades passam a representar o próprio conteúdo a ser aprendido mantendo uma separação entre teoria e prática.

Embora acredite que o ensino prático seja extremamente importante, e que determinadas habilidades só são adquiridas na prática, tenho questionado a forma como é desenvolvido este tipo de ensino e quais seus reais efeitos na formação da futura profissional e, por esta razão, escolhi o ensino prático da enfermagem como tema para o desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial<sup>2</sup>.

Entre as questões que envolvem o ensino de enfermagem, a que mais me incomoda é se o desenvolvimento do ensino prático pode levar a aluna, e futura profissional, a ver o paciente/cliente como objeto. Talvez um objeto pelo qual a aluna/profissional tenha responsabilidade mas, ainda assim, um objeto e não uma **pessoa**.

No processo de ensino-aprendizagem prático, o paciente/cliente é utilizado, de certa forma, como recurso de ensino e, durante as disciplinas práticas, com bastante frequência, as alunas fazem colocações tais como: “*não tem nada para fazer com este paciente*”, “*não tem nenhum paciente interessante*”, “*o estágio está pobre*”. Estas afirmações podem ser entendidas como relacionadas à preocupação destas alunas em aprender o que, segundo elas próprias afirmam, só fazem na prática mas, também, podem indicar uma subordinação do ser humano à técnica que passa a ser um fim em si mesma.

---

<sup>2</sup> Disciplina obrigatória do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC.

Considerar o paciente/cliente como pessoa, ou não, tem implicações importantes não apenas para o ensino, mas, principalmente, para a forma como a enfermeira desenvolve sua atividade profissional. Por exemplo, ninguém negará que uma **pessoa** deve ter voz ativa em sua própria vida, que deve participar das decisões que dizem respeito à sua saúde e tratamento. Mas será que um **paciente-objeto** tem o mesmo direito?

A partir destas considerações realizei uma prática educativa, apoiada no pensamento de Paulo Freire, com o objetivo de estimular o desenvolvimento da consciência crítica das alunas sobre sua relação com o paciente. Neste trabalho, acompanhei um grupo de sete estudantes do 5º semestre durante suas atividades práticas, desenvolvidas junto a pacientes adultos internados em um Hospital Universitário. Semanalmente, reunia-me com este grupo para discutir seu relacionamento com os pacientes, a partir das situações observadas.

Esta foi a primeira oportunidade que tive de observar a atividade de ensino-aprendizagem de um ponto de vista exterior ao processo, ou seja, não sendo aluna nem professora. Isto constituiu-se em uma experiência bastante rica. Foi quando não estava desempenhando o papel de professora, é que pude realmente *ver* não só como esta atividade de ensino estava sendo desenvolvida naquele momento mas, principalmente, como eu mesma costumava desenvolvê-la; foi tomando distância de minha prática que pude fazê-la realmente presente, tomando-a objeto de reflexão.

Apesar de ter sido concebida como uma prática educativa, deste trabalho emergiram dados extremamente significativos que me obrigaram a repensar minha atividade docente e posso dizer que, de certa forma, *determinaram* o tema para minha dissertação.

A leitura, e re-leitura, deste relatório<sup>3</sup> auxiliou-me no delineamento do projeto de dissertação e é devido a sua importância que apresento um resumo dos seus principais aspectos.

O foco do trabalho era a relação aluna-paciente mas outros temas emergiram com força, tanto das discussões quanto do dia a dia do grupo nas unidades

---

<sup>3</sup> CESTARI, Maria Elisabeth. **Desenvolver a consciência crítica: uma proposta de ensino**. Rio Grande, 1997. Trabalho apresentado à disciplina de Prática Assistencial – Pós Graduação em Enfermagem, UFSC.

de internação. Estes temas encontram-se imbricados de tal forma que por vezes é impossível separá-los. Pode-se, todavia, vislumbrar um quadro onde vários fatores contribuem para que o paciente seja transformado em *paciente-objeto*, tanto de ensino quanto de trabalho. Os temas que surgiram de forma significativa, além da **relação aluna-paciente**, foram a **relação aluna-professora**, a **influência do ambiente de trabalho** e o **saber da enfermagem**.

As alunas demonstraram claramente acreditar que, durante as disciplinas práticas, devem **fazer** procedimentos, **executar** técnicas, sendo isto estimulado por docentes e profissionais do campo.

Ao serem privilegiadas as técnicas, tanto no ensino quanto no trabalho, o paciente vai sendo transformado em objeto, em parte de um sistema. Colocar a técnica acima do interesse dos homens significa converter estes em objetos; ao desumanizar os pacientes, transformando-os em objetos, as alunas e profissionais de enfermagem, desumanizam-se tornando-se meros executores de técnicas que, desta forma, passam a ter um fim em si mesmas.

As técnicas, e a habilidade em desenvolvê-las, são, sem dúvida nenhuma, pontos importantes para o exercício da profissão, só que as técnicas devem ser *escravas dos homens* e não o contrário (Freire, 1997a). Não se trata pois de negar esta faceta da profissão, mas de dominá-la e reconhecer sua real função que é servir a homens e mulheres.

O saber da enfermagem apareceu como vinculado à realização das técnicas decorrentes do cumprimento da prescrição médica, assim como medicação e curativo. Os cuidados relacionados com a implementação desta prescrição não eram igualmente valorizados como, por exemplo, rodízio no local de aplicação de intra-muscular (Cestari, 1997).

Uma das alunas afirmou que o paciente é hospitalizado para receber o tratamento médico e que o trabalho da enfermagem está centrado neste tratamento, através da execução da prescrição. Embora apenas uma das participantes tenha verbalizado esta concepção, ela pode ser percebida na própria forma como as estudantes selecionavam os pacientes que iriam assistir: pela prescrição médica.

Ainda, segundo as alunas, a execução de técnicas é o exigido pelas professoras durante o período de estágio, o que reforça a idéia de que o trabalho da enfermagem está centrado na sua realização. Eu mesma, enquanto professora, aceitava os comentários de que “*este paciente não tem nada para fazer*” e, preocupada em satisfazer a necessidade/desejo que as alunas manifestavam de realizar técnicas, informava quais os pacientes tinham mais “*coisas para fazer*”. Certamente que se, em semestres anteriores, foi exigida da aluna a realização de técnicas e eu simplesmente aceitava, sem discussão, que ela continuasse interessada preferencialmente nesta atividade, estava reforçando a idéia de que, para ser enfermeira, o fundamental era saber executar este tipo de procedimento. Talvez essa atitude de aceitação seja ainda pior que a atitude de cobrança aberta porque pode reforçar a sensação de absoluta *naturalidade, normalidade*. Uma atitude mais autoritária pode gerar, pelo menos em alguns casos, um sentimento de rebeldia nas alunas levando-as à contestar o proposto. Por outro lado, uma atitude de simples aceitação pode, mais facilmente, contribuir para uma postura passiva, de simples acomodação.

A partir das observações e discussões em grupo apareceu a noção do saber de enfermagem como vinculado ao saber médico, a realização de técnicas surge como objetivo maior do estágio e a forma como é conduzido o ensino parece reforçar estas idéias. As técnicas realizadas estão limitadas às prescritas pelo médico, como medicação e curativo.

Embora algumas alunas demonstrassem, ocasionalmente, um conhecimento mais amplo, este estava completamente desvinculado das ações concretas. Por exemplo, uma aluna fez uma prescrição de enfermagem onde constavam vários cuidados importantes, e que não faziam parte da prescrição médica, mas não executou nenhum destes cuidados, embora fosse responsável pela assistência deste paciente. Também, não providenciou para que estes cuidados fossem prestados. As estudantes já tinham observado que as auxiliares checam a prescrição de enfermagem, mesmo sem terem realizados os cuidados e, como as próprias alunas não os executam, estes cuidados, aos poucos, vão sendo “*esquecidos*”, relegados a um segundo plano. A realização de prescrição de enfermagem torna-se, assim, gradativamente, um conhecimento puramente “*teórico*”. Ao invés de ganhar sentido,

como um instrumento de trabalho, passa a ser objeto de avaliação acadêmica; este “fazer / não fazer” passa a ser uma formalidade, sem aplicação na realidade concreta.

O meio ambiente onde se realizam as práticas mostrou-se como capaz de influenciar profundamente o comportamento das alunas; a própria equipe de enfermagem dizia quais os pacientes que “*não tem nada para fazer*” e indicava sempre às alunas os pacientes que tinham medicação e curativo prescritos, demonstrando, desta forma, sua visão sobre o que a estudante deve saber e fazer.

As alunas, aparentemente, absorvem aquilo que vêem e ouvem sem um questionamento mais crítico; assumem o senso comum e acabam reproduzindo o comportamento da equipe de enfermagem. Parece que aquilo que acontece na prática é o real, se é assim que é feito, então, é assim que deve ser feito, isso é o que elas precisam aprender para, no futuro, desempenhar suas funções como enfermeiras.

O discurso destas alunas, que provavelmente foi adquirido na escola, está recheado de chavões como “*ver o paciente como todo*”, “*me colocar no lugar dele*”, “*manter a privacidade*”, no entanto, no contato diário com os pacientes, este discurso não se traduz em uma prática coerente. Frequentemente, observei situações em que os pacientes pareciam ser invisíveis, ou seja, as estudantes comportavam-se como se eles não estivessem presentes. São exemplos destas situações: alunas conversando entre si junto a cama de um paciente que permanece calado, o tema da conversa é variado e não se refere ao próprio paciente; aluna entra na enfermaria, que tem cinco pacientes, mas cumprimenta apenas aquele pelo qual é responsável naquele dia de estágio; paciente para à porta do posto de enfermagem e fica esperando durante cerca de quatro minutos sem que as alunas, que estão sentadas no posto, lhe dirijam a palavra.

Uma situação em particular pode ilustrar muito claramente a *invisibilidade* do paciente: em um determinado momento duas alunas criticavam, de forma veemente, a atuação de outros profissionais da equipe de saúde, que trabalham naquela mesma unidade, *enquanto* realizavam um curativo. Quando este caso foi apresentado ao grupo para discussão, as alunas, imediatamente, disseram que esta era uma atitude anti-ética já que não se deve criticar outros profissionais desta forma. O paciente, no entanto, permaneceu completamente ausente, tanto no fazer o procedimento quanto no discutir a situação.

Quando apresentei estas situações para o grupo, foram levantadas algumas razões para este comportamento, incluindo a avaliação centrada na execução de procedimentos com o seu paciente, e o receio de estar interferindo no trabalho da equipe do hospital. Seja qual for a razão permanece o fato de que estas alunas, muitas vezes, não mais percebem a presença dos pacientes.

Outra justificativa levantada para não se envolver com pacientes pelos quais não estão responsáveis é que *“a obrigação é de quem está com o paciente; funciona assim no trabalho e com os alunos também”*. Neste caso, as estudantes assumiram a dinâmica do serviço como própria para o desenvolvimento de seu futuro trabalho, sem nenhuma análise crítica. Na verdade, a equipe de saúde, em particular a de enfermagem, exerce considerável influência na forma de agir da aluna. As profissionais de campo, através de comentários, sugestões e ações demonstram como é o trabalho naquela instituição e as estudantes parecem *contaminar-se* por este fazer; a situação concreta é tomada como determinação e outra possibilidade sequer é pensada.

Com alguma frequência, quando discutíamos as situações observadas, as alunas explicavam suas próprias atitudes dizendo que *“não se davam conta”*, demonstrando que estavam imersas na realidade dos campos de estágio. Mesmo quando criticavam determinadas atitudes da equipe de saúde, elas as reproduziam *“sem se dar conta”*.

O que acontece diariamente na instituição acaba impondo-se; de tão comum, as pessoas já não vêem o que fazem, perdem a capacidade de estranhar o vivido. Parece que todos têm as tarefas definidas: as profissionais estão ali para trabalhar, a professora para ensinar, a aluna para aprender e o paciente toma-se parte do cenário.

Um aspecto importante no relacionamento entre as pessoas é a qualidade da comunicação estabelecida. O grupo de alunas acompanhado, com uma única exceção, apresentou dificuldade em manter uma conversação com o paciente, mesmo ao nível das amenidades. A orientação, que exige também o domínio de um conteúdo teórico, mostrou-se ainda mais problemática. As estudantes limitaram-se, freqüentemente, a enunciados, tais como: *“o senhor tem que levantar”*, *“o senhor pode ir na sala de recreação”*. Quando o paciente não era capaz de se comunicar

verbalmente, embora estivesse consciente, as alunas também não falavam; neste caso, não forneciam nem mesmo informações simples, tais como, “*vou fazer seu curativo*”.

O grupo reconheceu esta sua dificuldade mas, mesmo assim, não procurou exercitar a comunicação com o objetivo de desenvolver esta habilidade. No entanto, preocupou-se em fazer outros procedimentos tais como punção venosa e curativo para *aprender a fazer*. Será que isto acontece porque as outras técnicas têm seus passos estabelecidos, sendo mais facilmente reproduzidas? Será que, na verdade, as alunas não atribuem o mesmo valor a *saber fazer técnicas e saber se comunicar*? A análise do que este grupo considerava saber da enfermagem realmente aponta para uma maior valorização dos procedimentos tidos como técnicos, como curativo, medicação, sondagem. Por outro lado, talvez, elas se sentissem constrangidas em conversar com os pacientes já que não sabiam como fazê-lo e fosse necessário um maior suporte docente para desenvolver esta habilidade específica.

Neste e em outros grupos, tenho observado que a comunicação aparece, na representação das estudantes, como uma qualidade inata e não como uma habilidade a ser desenvolvida, limitando todo o processo de comunicação à simplesmente falar, ou seja, quem fala bastante tem facilidade de comunicação. A avaliação centrada em técnicas, certamente, também reforça esta percepção.

Acredito que a capacidade de comunicação seja fundamental para o trabalho da enfermeira e que, portanto, merece papel de destaque durante todo processo de ensino-aprendizagem. É considerada como um dos instrumentos básicos da enfermagem (Cianciarullo, 1996) sendo necessária não apenas no relacionamento com o paciente, mas para o próprio trabalho em equipe. Acima de tudo, mais do que um processo técnico, a comunicação é um processo essencialmente humano e “*colocar obstáculos à comunicação equivale a transformar os sujeitos em objetos*” (Damke, 1995, p. 81).

A dificuldade de comunicação sentida pelas estudantes, quando não solucionada, pode ir gradativamente afastando aluna e paciente e, ao longo deste processo, o paciente vai sendo transformado em *paciente-objeto*. Por outro lado, a medida que este processo vai se desenvolvendo, e o paciente vai sendo transformado em objeto, a própria necessidade de comunicação diminui; não há muito o que

conversar, se o importante é fazer curativo e administrar medicação.

Outro fator que contribui para o desenvolvimento deste processo é a percepção das alunas de que são constantemente avaliadas pelas técnicas que executam. Isto gera, além de uma sensação de insegurança, o hábito de concentrar-se unicamente no que devem fazer com seu paciente, limitando-se a executar os procedimentos prescritos pelo médico e restringindo a comunicação a simples informes. Note-se que o *fazer*, para este grupo, está relacionado com uma atividade motora, com a execução de uma técnica e, neste sentido, orientar não é fazer.

A relação aluna-professora apareceu como autoritária, as alunas tem uma imagem da professora como a pessoa que determina os espaços a serem ocupados, como quem tem o poder de decidir. Através dos depoimentos apresentados, é possível perceber que elas se sentem tolhidas pela professora, não conseguindo perceber a si mesmas como sujeitos nesta relação. Este problema aparece de maneira muito mais evidente durante o estágio, quando o contato professora-aluna é muito maior. Na verdade, as críticas às professoras da área profissionalizante estão ligadas, principalmente, à forma de condução das atividades práticas, apontando claramente para uma dicotomia entre teoria e prática pois, segundo estas alunas, a professora tem um discurso e *"na hora de fazer não faz aquilo que pregou"*.

De acordo com o que observei, parece haver uma crença de que se aprende *"naturalmente"* na prática: a docente não precisa planejar estratégias de ensino-aprendizagem e a aluna não precisa refletir sobre as situações, bastando que as viva. É como se o simples fato de estar nos campos de prática, em contato com os pacientes, prestando algum tipo de assistência, fosse suficiente para garantir o aprendizado. Esta crença parece ser partilhada por alunas, professoras e equipe de enfermagem.

Esta observação é semelhante aos dados encontrados por Saupe (1992) ao analisar planos de ensino de um curso de graduação em enfermagem. Segundo a autora, o planejamento das atividades teóricas era realizado formalmente, através de planos de ensino, enquanto que as atividades de estágio não se encontravam discriminadas nestes planos.

A partir das observações e discussões realizadas com o grupo, ficou evidente que a forma como é conduzido o processo ensino-aprendizagem, assim como o meio onde desenvolvem-se as atividades, tem um papel importante no desenvolvimento da relação aluna-paciente e que, ao longo dos estágios, o paciente era transformado realmente em um ***paciente-objeto***.

O ensino prático, quando feito de forma mecânica, isolado da reflexão, apenas adapta o educando à realidade das instituições de saúde; serve apenas como forma de treinamento de habilidades psicomotoras, não se constituindo como um processo educativo. Este tipo de ensino ajuda a formar, como disse uma das alunas, *“assim uma série de enfermeiros mecânicos”*.

Esta experiência aqui sintetizada, foi fundamental para que eu pudesse refletir sobre minha prática de ensino. Quando acompanhava as alunas sem interferir em suas atividades, confesso que, freqüentemente, ficava chocada com o que observava, principalmente com sua aparente *“indiferença”* com o que viam/faziam. Acredito que o contato direto com os pacientes, que são pessoas concretas com características próprias, pode provocar nas estudantes e profissionais, que também são pessoas concretas com características próprias, os mais variados sentimentos assim como o medo, compaixão, angústia, nojo, raiva, todos compreensíveis. No entanto, a indiferença, talvez, seja o mais destrutivo sentimento, quase como um não sentimento, porque implica em não reconhecer o outro como ser humano, leva a uma atitude extremamente passiva, incapaz de originar uma ação.

Ao discutir as situações observadas com o grupo, passei a vislumbrar um conjunto de fatores que condicionavam suas ações e que, talvez, esta aparente indiferença fosse uma atitude defensiva, uma forma de acomodação a uma realidade com a qual não sabiam trabalhar. Começou também a se delinear a possibilidade de romper com estes condicionantes.

As idéias de Paulo Freire, utilizadas como base teórica para o desenvolvimento da Prática Assistencial, mostraram-se extremamente pertinentes ao trabalho prático desenvolvido. Quando estudo/ trabalho, teoria/prática, caminham juntos é possível conhecer, não apenas com a razão, mas com os sentidos, com as emoções, é possível construir o conhecimento, ser sujeito. Este tipo de conhecimento

permite perceber as situações de forma diferente, levando a entender o que antes era apenas *ruído*, ver o que era só vislumbrado, modificando o próprio sujeito e, conseqüentemente, sua ação. Como disse uma professora, colega de disciplina com quem partilhava minhas observações, preocupações e reflexões, *"não tem nem cabimento a gente continuar dando a disciplina como antes"*.

Realmente não tem cabimento e, portanto, pensar uma nova metodologia para o desenvolvimento do ensino prático tornou-se não mais uma escolha mas uma necessidade.

## *A PROCURA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO*

O trabalho prático com um grupo de alunas do curso de graduação permitiu-me, como já relatei, perceber de forma mais clara a existência de inúmeros problemas na sua formação profissional, particularmente com relação ao ensino prático, e esta constatação gerou um impulso de mudança. Sempre que me defronto com práticas com as quais não concordo, tenho o desejo de *fazer alguma coisa*, mas a que tipo de prática este impulso pode levar? Mudar, mais do que um desejo legítimo, é uma necessidade quando nos defrontamos com uma situação injusta, imprópria, inadequada ou insustentável mas mudar por mudar pode levar a resultados inesperados e, muitas vezes, indesejados.

Toda a mudança que não pretenda se limitar à aparência exige inicialmente reflexão crítica. Partindo de um contato concreto com a prática que se mostra problemática, surge a necessidade de voltar a teoria, tanto para melhor analisar esta prática como para buscar possíveis soluções; a transformação da prática anterior exige, por sua vez, uma nova reflexão para avaliar seus acertos, erros, conseqüências e a própria conveniência de manter ou novamente mudar. Na verdade, é mais adequado falar em processo de mudança que relacione constantemente teoria e prática, ação e reflexão.

Este movimento entre teoria e prática é o que me propus realizar e, por isso, comecei fazendo uma releitura de minha trajetória profissional, o que permitiu que eu entendesse um pouco melhor minha própria forma de ser; a seguir, realizei um trabalho com um grupo de alunas para observar e refletir sobre minha prática atual.

Neste momento, ao voltar à teoria, inicialmente questiono o próprio desejo de mudar minha prática de ensino e vejo que ele está associado a minha inconformidade quanto à forma como os pacientes são assistidos o que, inevitavelmente, leva a questionar a formação das profissionais responsáveis por esta assistência.

A resposta a esta primeira pergunta, porque mudar a prática de ensino, é que é necessário mudar o ensino para possibilitar mudanças na prática profissional. Aceitando que minha prática de ensino deva ser mudada, surgem outras questões tais como: o que deve ser modificado? O que deve ser mantido? Que mudanças podem ser significativas? As respostas a estas questões estão ligadas fundamentalmente à idéia do que é educação.

A palavra educação geralmente lembra escola ou instituições de ensino, no entanto, sua primeira característica é a de ser um fenômeno fundamentalmente humano. Sempre houve a necessidade das gerações mais velhas transmitirem às mais jovens seus usos e costumes, suas habilidades e conhecimentos, enfim sua cultura. Em sociedades ditas primitivas, isso era feito através do convívio entre os indivíduos; os mais jovens aprendiam participando das diversas atividades do grupo, vendo e fazendo os trabalhos necessários à vida social; o saber pertencia a todos e portanto era partilhado por todos. *Este tipo de educação atendia às necessidades deste grupo social, onde quem sabe ensina a quem aprende, no entanto, é bom frisar que, mesmo sem a existência de instâncias educacionais formais, “nunca as pessoas crescem a esmo e aprendem ao acaso”* (Brandão, 1995, p.23).

Quando a posse de um saber diferenciado, o saber do chefe ou do feiticeiro, por exemplo, legitima a posição do indivíduo dentro do grupo, já que é condição indispensável para que assuma esta posição, surge a diferenciação no que é ensinado aos diversos indivíduos, dependendo da função que devem assumir, o que exige um período de aprendizagem especial, separado dos demais membros do grupo.

No período da barbárie, o desenvolvimento econômico obtido tornou necessária a existência de uma administração. O fato de existirem excedentes permitiu que os indivíduos encarregados da administração, afastados do trabalho de produção, dispusessem de tempo para refletir a respeito das técnicas utilizadas e, portanto aprimorá-las. Enquanto isso, o fazer era função do povo. Com a divisão da sociedade

entre em *executores e organizadores*, o pensar e o fazer tornam-se dicotômicos e, em conseqüência, a educação passa a ser diferenciada encarregando-se de legitimar os privilégios da classe dirigente. Quanto maior a divisão social do trabalho e do saber, maior é a necessidade de ensinar coisas distintas aos diferentes membros do grupo social (Rezende, 1986).

Na Idade Média, observa-se a prática de enviar as crianças para a casa de outra família a fim de realizarem sua aprendizagem; isto ocorria, em especial, no artesanato onde o mestre artesão recebia um certo número de aprendizes aos quais ensinava o ofício além de proporcionar uma formação religiosa e moral. Os aprendizes, em troca, serviam fielmente ao seu mestre, tanto nas tarefas do ofício como nas da vida doméstica. Segundo Enguita (1989), a família, nesta época, já era parcialmente incapaz de iniciar seus filhos nas relações sociais existentes; as crianças enviadas a outras famílias, na verdade, estavam aprendendo, além da profissão, as relações sociais de produção que não aprenderiam adequadamente em sua própria família.

O desenvolvimento da indústria, em especial a manufatureira, cria a necessidade de uma mão de obra preparada e adaptada a este novo trabalho. Surgem, então, as *Schools of Industry*, que eram escolas onde as crianças pobres eram submetidas a muitas horas de trabalho e alguma instrução, apenas rudimentar. O seu maior objetivo era treinar as crianças na disciplina e hábitos necessários para o trabalho industrial (Enguita, 1989).

Entre os pensadores da burguesia em ascensão havia os que temiam as conseqüências mesmo deste tipo de escola, achando que não era apropriado educar o povo. Segundo Enguita (1989) figuras ilustres da época, como Francis Bacon, Chamberlayne, Mirabeau e Voltaire opuseram-se ou sentiram-se alarmados com a proposta de educar o povo. Outros, em especial os empresários, provavelmente mais conscientes das necessidades criadas pelo novo modo de produção, viam na educação uma forma de disciplinar a população, preparando-a adequadamente para seu papel na sociedade e no mercado de trabalho. O consenso entre estas correntes surgiu com uma proposta de educar o povo o suficiente para que reconhecesse a ordem social e a justificação de seu lugar na vida, mas não tanto que questionasse a ordem social.

Verifica-se, então, que a responsabilidade pela educação, que inicialmente era da sociedade como um todo, é transferida para a família e depois para a escola, separando então *quem faz determinada atividade de quem a ensina*.

Aceitando que os homens não aprendem ao acaso, entende-se que a educação, ao longo da história, tem sido criada e recriada pelos diversos grupos sociais para atender às suas necessidades específicas. A sociedade atual, altamente tecnológica, industrializada e com alto índice de especialização, tornou imperativa a existência de instituições encarregadas da transmissão dos conhecimentos necessários ao ingresso no mercado de trabalho. A escola é a instituição que tem sido apontada como responsável pela formação dos futuros trabalhadores, embora seu real papel e função sejam, atualmente, muito discutidos.

É importante salientar que, apesar da existência de instâncias especificamente educacionais, estas não detêm o monopólio da educação já que os homens continuam, tanto hoje quanto sempre, aprendendo no contato com outros seres humanos e com o mundo gerando o que Freire chama de o *“saber de experiência feito”* (Freire, 1997b, p.32). Mesmo quando se trata da formação profissional, que em princípio exige um conhecimento específico, a escola não representa a única fonte de saber; o aluno e o profissional aprendem em sua atividade, com outros profissionais, no ambiente de trabalho. Na verdade, *“foi aprendendo socialmente que mulheres e homens, historicamente, descobriram que é possível ensinar”* (Freire, 1997b, p.49).

A educação como instância formal, institucionalizada, sempre tem sido objeto de análises, discussões e críticas, o que é indicativo de sua importância dentro da própria sociedade.

Para o senso comum, a educação é sempre algo bom, representa uma possibilidade de progresso, de ascensão social sendo vista como a resposta para os mais diversos problemas que afetam a sociedade. Esta forma de entendimento caracteriza a corrente teórica que vê a educação como redentora da sociedade; além dela existem, segundo Luckesi (1995), outras duas grandes correntes: a reprodutivista e a libertadora.

Para a corrente que vê a educação como redentora, o todo social é harmônico e o que importa é formar um indivíduo adaptado a este todo; a educação é algo que está acima, fora da sociedade e atua sobre ela para corrigir seus eventuais desvios. Neste caso, as escolas devem transmitir o conhecimento sistematizado, em especial o necessário ao trabalho, e as condutas e valores socialmente aceitos.

Desta concepção, derivam as pedagogias liberais que, de um modo geral, enfatizam a necessidade de desenvolvimento das potencialidades e características individuais. Embora a igualdade de oportunidades e o desenvolvimento das potencialidades sejam enfatizados, a desigualdade de condições dos educandos não é levada em consideração. O fracasso escolar é explicado pelas dificuldades pessoais, individuais e, desta forma, as diferenças no desempenho escolar parecem legitimar as desigualdades sociais.

Esta concepção idealista teve tanta influência que, só na década de 70, apareceram as primeiras análises materialistas da educação, que a vêem como uma instância dentro da sociedade e a seu serviço. Isto implica em que a educação reproduz o modelo social vigente e é condicionada por fatores econômicos, sociais e políticos; daí, a denominação de reprodutivista dada a esta corrente.

A base destas teorias consiste em apontar para a necessidade da reprodução do capital cultural, ou das relações de produção, para que o sistema atual possa se manter. A reprodução biológica da força de trabalho é assegurada pelo salário, mas esta força de trabalho deve ser competente, isto é, deve estar apta a funcionar no processo de produção, o que é assumido pela escola. Além disto, a escola também socializa os indivíduos ensinando regras de *bom comportamento*, ou seja, regras de submissão à ordem estabelecida, à ideologia dominante.

Embora cada teoria reprodutivista apresente características particulares, todas afirmam que a escola tem por função reproduzir as relações sociais existentes mantendo o modelo vigente. Como não trabalham com a perspectiva de mudança da educação, a partir da própria educação, estas teorias não originaram nenhuma linha pedagógica; para elas, a escola não poderia ser diferente do que é.

A terceira grande corrente é a que considera a educação como possível transformadora da sociedade. A educação serve, neste caso, como mediadora de um

projeto social; é um meio, entre outros, para provocar mudanças na sociedade. Essa tendência pretende demonstrar que é possível compreender a educação dentro da sociedade, com os seus determinantes e condicionantes, mas com a possibilidade de trabalhar pela sua democratização (Luckesi, 1994).

Estas teorias, denominadas de críticas, tendem a considerar a educação como campo político-cultural onde se desenvolvem disputas e conflitos simbólicos e onde cada grupo busca impor os seus significados e manter a hegemonia cultural. Discutem, também, porque determinados conhecimentos são valorizados, e ensinados, em detrimento de outros, além de preocuparem-se com a socialização que se dá na escola, questionando o conjunto de valores ensinados.

Apple, um dos autores mais destacados neste tipo de análise da educação, acredita que seja necessário estudar o que se passa dentro das escolas, ou seja *a forma e o conteúdo do currículo escolar e como se ensina* para que se possa entender melhor como a escola cria os seus efeitos. Este mesmo autor, ao defender maior reflexão sobre a relação dialética entre controle social e estrutura econômica, afirma que:

*A educação aqui é tanto causa como efeito. A escola não é um espelho passivo, mas uma força ativa que também serve para legitimar as ideologias e as formas econômicas e sociais tão estreitamente ligadas a ela. E é exatamente esta ação que precisa ser desvendada ( Apple, 1982, p. 67).*

As teorias críticas deram origem a um tipo de pedagogia que, segundo Luckesi (1994), pode ser chamada de progressista. Partindo da análise crítica da realidade social, estas tendências sustentam implicitamente as finalidades sócio-políticas da educação. Uma das propostas mais conhecidas nesta linha é a de Paulo Freire que defende uma educação que se comprometa com a libertação dos homens e mulheres oprimidos.

A forma como cada professor compreende a educação certamente condiciona sua prática e, quando não há uma reflexão crítica sobre esta compreensão, o que acontece é a reprodução mecânica de padrões anteriormente internalizados. Dessa maneira, o discurso do professor pode estar completamente dissociado de seu fazer educativo. Enquanto proclama determinados objetivos pode utilizar métodos não condizentes com estes objetivos.

## O PENSAMENTO DE PAULO FREIRE

Ao falar sobre a educação na Universidade, Luckesi afirma que o importante é aprender a estudar e produzir conhecimento, já que o conteúdo muda ao longo dos anos, sendo indispensável decidir que tipo de profissional para que tipo de prática se quer formar (Luckesi, 1997). No mesmo sentido, Demo (1996) propõe a pesquisa como princípio, não só científico mas educativo, visando formar profissionais capazes de construir conhecimento e Freire (1997c) acredita que a Universidade deve aliar rigor científico ao compromisso com as classes populares.

Estes autores apontam para uma educação comprometida com a formação de profissionais, técnica e politicamente competentes, e que trabalhem para a democratização da sociedade. Acredito que este deva ser o verdadeiro papel da educação e, entre diversos autores que defendem este tipo de proposta, um dos mais destacados é Paulo Freire.

Creio que, inicialmente, os aspectos que mais me chamaram a atenção na proposta deste educador foram seu profundo respeito pelo ser humano e a valorização da prática como fonte de conhecimento. Estes aspectos, do meu ponto de vista, são extremamente pertinentes para o ensino da Enfermagem que é predominantemente prático, envolvendo além do educadores e educandos os pacientes, clientes, suas famílias e a equipe de saúde.

Apesar de haver utilizado alguns conceitos deste autor durante a realização do trabalho de Prática Assistencial, já citado, senti necessidade de realizar uma nova leitura de seus trabalhos com o objetivo de aprofundar o entendimento de alguns conceitos por ele trabalhados e que serviram de suporte para a proposta de uma nova metodologia de desenvolvimento do ensino prático em enfermagem.

Tentando ser fiel ao autor, apresento agora o pensamento de Paulo Freire ressaltando alguns conceitos que não são necessariamente os mais importantes na sua obra, mas sim aqueles que, acredito, são os mais significativos para a situação específica que pretendo trabalhar. Aliás, segundo o autor, ler criticamente implica em re-escrever o lido e que *“no fundo este deve ser o sonho legítimo de todo autor – ser lido, discutido, criticado, melhorado, reinventado, por seus leitores”* (Freire, 1997d, p.44).

Paulo Freire desenvolveu um trabalho educativo extremamente importante, sendo internacionalmente reconhecido. Acreditava que a **educação** deve estar comprometida com a libertação de homens e mulheres oprimidos. Defendeu uma proposta pedagógica capaz de superar a captação mágica ou ingênua da realidade. A educação deve, então, auxiliar homens e mulheres a tomarem-se conscientes de seus condicionamentos para que possam lutar pela liberdade como processo e não como ponto de chegada.

A educação é uma “*situação eminentemente gnosiológica*” (Freire, 1992, p.86) mas é também ato político que visa à transformação da realidade. Ao longo de toda sua obra, insiste em que a educação não é, nem pode ser, neutra e que, por conseqüência, o trabalho do educador também jamais será neutro.

Segundo o autor, a educação só tem sentido quando o futuro é entendido como um problema, e não como já determinado. Se não há espaço para a utopia, que implica na denúncia da realidade existente e o anúncio de uma nova realidade, não há espaço para a educação, mas apenas para o adestramento (Freire, 1997c).

No método proposto por Freire para alfabetização de adultos, inicialmente, é realizado um levantamento junto a comunidade interessada para descobrir seu *universo vocabular* sendo então escolhidas as *palavras geradoras*. Esta escolha, realizada por uma equipe de estudiosos a partir do material reunido durante a investigação, segue alguns critérios como: riqueza fonêmica, manipulabilidade dos conjuntos de sinais (sílabas), maior ou menor intensidade do vínculo entre a palavra e o que designa e maior ou menor teor de conscientização que a palavra traz em potencial. Depois, é realizada a codificação de situações existenciais típicas que são situações locais, da vida das pessoas, mas que guardam possibilidades para a discussão e análise de problemas regionais e nacionais; as palavras geradoras fazem parte destas situações. “*A codificação de uma situação existencial é a representação desta, com alguns de seus elementos constitutivos, em interação*” (Freire, 1993, p.97). Finalmente, é elaborado um material de apoio aos coordenadores dos grupos.

Após esta fase, é apresentada, em cada encontro, uma situação existencial codificada, em forma de desenho ou fotografia, contendo uma palavra geradora. Esta situação é analisada criticamente, ou seja, é decodificada pelos integrantes do Círculo

de Cultura com o auxílio do coordenador e, quando o grupo esgotou esta análise, é apresentada a palavra geradora junto com o desenho do objeto que nomeia; depois é apresentada a palavra sozinha e, logo após, separada em sílabas. Reconhecidas as sílabas, são mostradas as famílias fonêmicas da palavra em estudo, primeiro isoladamente e depois em conjunto. A partir, daí o alfabetizando começa a criar palavras com as diversas sílabas. Terminados estes exercícios, que são todos orais, o alfabetizando passa a escrever e deve, no encontro seguinte, trazer de casa tantos vocábulos quantos tenha podido criar com o uso dos fonemas estudados.

A decodificação das situações existenciais provoca a postura normal de ir das partes ao todo e voltar deste para as partes, que leva a “*um reconhecimento do sujeito no objeto (a situação existencial concreta) e do objeto como situação em que está o sujeito*” (Freire, 1993, p.97). Estas situações são utilizadas para propor aos alfabetizando dimensões significativas de sua realidade, cuja análise crítica lhes permita reconhecer a interação entre as partes.

Nesse movimento entre o todo e as partes, entre o concreto e o abstrato, é que vai se desenvolvendo a *consciência crítica* que implica na captação da realidade com seus nexos causais, e que será tão mais crítica quanto seja feita a apreensão da causalidade autêntica.

Em um dos seus livros mais conhecidos, *A Pedagogia do Oprimido*, Freire (1993) denunciou o que chama de educação bancária que tem como uma de suas características ser essencialmente narrativa; o professor fala, o aluno escuta e decora; o professor vai assim *depositando* no estudante conhecimentos e valores. Neste tipo de educação, o aluno é transformado em objeto e silenciado pelo professor, que é o sujeito deste processo; o professor é quem sabe e o aluno é quem não sabe. Certamente ao tomar os educandos objetos passivos, a educação facilita sua adaptação ao mundo, o que implica em uma atitude passiva, de pura aceitação do existente, em nada contribuindo para uma possível modificação da realidade.

A educação defendida por Freire, sendo o oposto da bancária, não pode ser ela mesma opressora; a liberdade implica que mulheres e homens se assumam como sujeitos de sua própria história, não podendo jamais ser reduzidos a objetos. Por outro lado, criticando o simples depósito de informes, propõe uma educação que seja

“uma busca permanente que fazem os homens uns com os outros, no mundo em que e com que estão, de seu ser mais” (Freire, 1992, p.23).

A Pedagogia do Oprimido foi escrita em 1968 e talvez nós possamos imaginar que nestes 30 anos a prática educativa tenha se modificado muito. No entanto, basta um olhar atento para percebermos que isso não é verdade. A experiência de nossos filhos nos colégios, ou a forma como são desenvolvidas as disciplinas nas Universidades, mostram que a educação bancária ainda está muito presente no fazer educativo.

Toda a concepção educativa esta ancorada na idéia que se tenha de homem, portanto os conceitos de homem e educação estão estreitamente vinculados. Para Freire, o **homem** é um ser social que constrói o mundo com seu trabalho junto com os outros homens sendo, ao mesmo tempo, produto e produtor da história. É um ser inconcluso, inacabado mas consciente desta inconclusão e este saber-se inconcluso constitui-se na base da educação; é a consciência de seu inacabamento que insere homens e mulheres no processo de busca. Sua vocação ontológica é ‘*ser mais*’, vocação esta social e historicamente construída pois não acontece como um ‘*a priori*’ na história.

Cada homem é produto/produtor da História da humanidade e de sua história pessoal; como produto é condicionado mas, consciente deste condicionamento, é capaz de agir e mudar o que o torna produtor. Ser condicionado mas não determinado, daí que “o homem não é apenas o que é, mas também o que foi; daí que esteja sendo, o que é próprio da existência humana” (Freire, 1992, p.60).

Toda obra de Freire está atravessada por um profundo respeito ao ser humano e pela crença na sua capacidade de aprender, de tornar-se sujeito de sua história, construindo um mundo mais humano. Considera “o respeito à autonomia e a dignidade dos outros um imperativo ético” (Freire, 1997b, p.66). O que faz de homens e mulheres seres éticos é a consciência de sua inconclusão, que os torna seres responsáveis.

Afirma, com muita razão, que não há pedagogia sem ética, sem esperança e sem crença na capacidade dos homens de serem mais; pretender *ensinar* sem acreditar que os alunos podem *aprender* é um contra-senso desalentador.

O **ensino-aprendizagem**, que é próprio do fazer educativo, implica em *conhecer o conhecimento construído* e faz parte do ciclo do conhecimento que se completa com *construir o conhecimento*. Aprendizagem, portanto, está relacionada com o conhecimento e tem um caráter essencialmente ativo, ou seja, o conhecimento não pode ser doado, deve ser apreendido e re-construído pelo educando como sujeito. Mas os homens não aprendem sozinhos e sim junto com outros homens e com o mundo e, por isso, ensinar-aprender estão em permanente relação. Ensinar, que não pode ser separado de aprender, implica em re-aprender, em re-conhecer o que já era conhecido; por isso que, no ensino-aprendizagem verdadeiro, quem ensina aprende e quem aprende ensina.

Aprender é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade, que implica em atitude ativa. O processo de conhecer é social, mas guarda uma dimensão individual importante e envolve mais do que a inteligência pois “*o que eu sei, sei com meu corpo inteiro: com minha mente crítica mas também com meus sentimentos, com minhas intuições, com minhas emoções*” (Freire, 1997d, p. 43). A partir deste entendimento, é que decorre a proposta metodológica de partir das experiências concretas dos educandos para chegar ao conhecimento sistematizado.

Para que os homens aprendam uns com os outros e juntos também construam o conhecimento é imperativo que exista comunicação sendo, portanto, o **diálogo** um conceito central na obra de Freire. Inicialmente, o diálogo exige o respeito ao saber do outro; exige a escuta atenta que não implica em concordância. Cada um deve defender seu ponto de vista, suas opiniões, respeitando a dos outros e assim os sujeitos “*não apenas conservam sua identidade, mas a defendem e assim crescem um com o outro*” (Freire, 1997c, p.118). O diálogo é feito também por silêncios que significam pausas para ouvir o outro, ou para reflexão, mas que não podem jamais ser impostos; no diálogo verdadeiro, as pessoas não podem ser silenciadas.

A relação dialógica é horizontal pois nela os homens se encontram como sujeitos, cada um mantendo sua própria identidade, seus valores e respeitando ao outro; nela, não existe o que sabe e o que não sabe, mas apenas homens e mulheres com diferentes saberes e capazes de saber cada vez mais e melhor.

Dialogar exige respeito pela forma de expressão do outro, por sua linguagem; exige o saber escutar que é muito mais do que ouvir palavras, é pensar sobre o que é dito, procurar entender seu sentido e significado, refletir sobre o contexto; *“é escutando que aprendemos a falar, (...)somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele”* (Freire, 1997b, p.127). Não é possível manter o diálogo quando de antemão penso saber o que o outro vai dizer ou quando acredito que o outro não sabe do que fala ou não tem o que dizer.

O diálogo, como proposto por Freire, não é apenas uma estratégia ou técnica de comunicação, mas representa o encontro de homens e mulheres que constroem a própria inteligência do mundo. A comunicação também não é neutra já que *“toda comunicação é comunicação de algo, feita de certa maneira em favor ou na defesa, sutil ou explícita, de algum ideal contra algo ou contra alguém, nem sempre claramente referido”* (Freire, 1997b, p.157).

Não é demais insistir na importância do diálogo, no pensamento freireano já que, para o autor: *“Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens transformam, o diálogo impõe-se como caminho pelo qual os homens encontram seu significado no mundo enquanto homens: o diálogo é, pois, uma necessidade existencial”* (Freire, 1980,p.82).

É no diálogo que a reflexão e ação de seus participantes orientam-se para o mundo que deve ser humanizado sendo que *“a fé nos homens é um dado a ‘priori’ do diálogo. Por isso existe antes mesmo que ele se instale”* (Freire, 1993, p.81).

Como todas as relações humanas, o diálogo exige uma postura ética que implica em que todos têm direito à voz, mas este direito não é ilimitado, não incluindo o direito de mentir, enganar, deformar, daí seu caráter ético.

Através do diálogo, o educador deve problematizar aos educandos o conteúdo que os mediatiza, sendo que seu trabalho de educador exige competência, seriedade, disciplina e, acima de tudo, profundo respeito pela capacidade do educando em *ser mais*.

Segundo a teoria freiriana a capacidade de conhecer faz parte da natureza humana, não sendo privilégio de alguns. Além de ser capaz de conhecer, o homem é

capaz de saber que conhece e, portanto, a **consciência** ocupa papel central nesta teoria. A consciência é condicionada pela realidade material e “*expressa esse condicionamento através de diferentes níveis*” que devem ser entendidos em sua relação dialética com as condições materiais da sociedade, ou seja, “*nem como determinantes daquelas condições nem como suas puras cópias*” (Freire, 1987, p. 69).

O primeiro nível de consciência, que Freire denomina de **semi-intransitiva**, caracteriza-se pela captação mágica da realidade; a explicação para os problemas está sempre fora da realidade, nos desígnios divinos, no destino, na inferioridade natural de alguns homens. Esta consciência julga-se inferior aos fatos e, por isso, é dominada por eles; o homem está quase imerso na realidade, é subjugado por ela. Sua ação tem um caráter mágico-defensivo ou mágico-terapêutico já que, para resolver os problemas que identifica, não procura modificar a realidade, mas dirige-se ao poder superior responsável pelos problemas.

O segundo nível é o da consciência ingênua, ou **transitivo-ingênua**, no qual há aumento da capacidade de captação da realidade; o homem começa não só a perceber o que antes não conseguia como passa a entender de forma diferente a realidade. Neste nível, a consciência é tão dominada quanto a anterior, mas “*mostra-se mais alerta com relação a razão de ser de sua própria ambigüidade*” (Freire, 1987, p.75).

A **consciência crítica**, que representa o terceiro nível, procura apreender e explicar os fatos através de suas relações causais, de seus condicionamentos. Neste estágio a ação e reflexão tornam-se inseparáveis ou seja toda ação leva a uma reflexão que impulsiona novamente a ação.

O movimento de saída da imersão na realidade, que permite um distanciamento desta realidade, é chamado de tomada de consciência. Não implica ainda em consciência crítica, mas em começar a questionar os fatos, em dar-se conta da situação real em que vive.

O desenvolvimento da consciência crítica, sendo processo, não está nunca conquistado em definitivo. Isto significa que o nível de consciência que cada homem e mulher apresenta varia de acordo com a situação, momento e circunstâncias. Não existe homem ou mulher que apresente sempre consciência crítica. Como produto e

produtor da história, o homem é condicionado pelo que já foi, daí que esteja sendo, portanto, a consciência crítica apresenta-se como um objetivo a ser buscado na luta histórica do homem por sua humanização.

A **conscientização**, segundo Gadotti (1996), ultrapassa a tomada de consciência através da análise crítica, isto é, do desvelamento das razões de ser da situação para constituir-se em ação transformadora. A verdadeira conscientização implica na desmistificação da realidade e em ação sobre esta realidade para modificá-la, sendo um processo permanente de inserção crítica na ação transformadora da realidade.

O termo conscientização tornou-se bastante popular e tem sido freqüentemente usado como sinônimo de tomada de consciência o que implica em uma redução do seu sentido. A conscientização sendo processo nunca é alcançada de forma definitiva pois então se cristalizaria e não mais seria conscientização.

O itinerário de Paulo Freire para alfabetização de adultos é muito conhecido, no entanto, o próprio autor afirma que ele não é uma fórmula pronta, aplicável a qualquer situação o que seria, na verdade, contraditório com a própria essência de sua proposta. Há um consenso de que seu trabalho é muito maior do que o desenvolvimento de um simples 'método' de alfabetização, existindo mesmo autores, como Damke (1995), que defendem a idéia de que Freire desenvolveu uma verdadeira teoria do conhecimento.

A partir de uma leitura crítica e criativa de sua obra, os conceitos e princípios apresentados pelo autor certamente podem servir como base para o desenvolvimento de práticas educativas de qualquer nível, desde que devidamente contextualizados, já que o respeito à realidade, sempre dinâmica e mutável, é uma das características de sua obra.

## O CAMINHO DA AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO

Em razão de minha própria história profissional, como já afirmei antes, o tema escolhido para dissertação só poderia ser o ensino prático da enfermagem. Além disso, sentia a necessidade de construir uma nova metodologia para o desenvolvimento dos estágios, concordando com minha colega que, frente aos problemas observados, não era mais possível continuar desenvolvendo a disciplina como antes. Surgiu, então, a idéia de utilizar uma metodologia de ensino, apoiada no pensamento de Paulo Freire, como um caminho para ensinar-aprender e, ao mesmo tempo, para estudar a própria prática educativa.

Ao delinear o projeto de dissertação, no entanto, surgiu a dúvida a respeito de que metodologia poderia utilizar e o estudo de caso pareceu ser uma opção adequada. A preocupação central ao desenvolver este tipo de pesquisa é compreender o objeto estudado que é tratado como único, "*uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada*" (Lüdke & André, 1986, p.21). O objetivo deste trabalho é justamente ***estudar de forma profunda o desenvolvimento de uma determinada prática educativa desde sua concepção até sua avaliação.***

Para atingir este objetivo, inicialmente foi construída<sup>4</sup> e implementada uma metodologia de ensino, que representa um caminho para ensinar/aprender, e sua implementação foi cuidadosamente observada e analisada, o que representa um caminho para pesquisar.

---

<sup>4</sup> Esta proposta de ensino foi construída com minha colega de disciplina a partir da reflexão conjunta sobre nossas experiências, leituras, preocupações, conhecimentos, de tal forma que não é minha, nem dela mas literalmente nossa.

Uma das características do estudo de caso é que o pesquisador procura manter-se atento a novos elementos ou dimensões que podem surgir no decorrer do estudo. "O pesquisador estará sempre buscando novas respostas e novas indagações no desenvolvimento de seu trabalho" (Lüdke & André, 1986, p.18).

A formação da enfermeira é um objeto de pesquisa profundamente complexo mas, a partir da minha experiência pessoal e do trabalho anteriormente realizado, os temas que surgiram com mais força foram: *a transformação do paciente em objeto da assistência, a comunicação entre aluna e paciente, a comunicação entre aluna e professora e o saber da enfermagem*. No delineamento deste estudo, optei por focar os aspectos que, acredito, resumam a essência dos temas anteriormente emergidos e que são: ***a comunicação das alunas com os pacientes e professora, a procura de conhecimento feita por estas alunas e o trabalho da enfermagem***.

A comunicação foi observada, considerando-a em sentido amplo, como toda teia de mensagens, verbais e não verbais, enviadas e recebidas pelos sujeitos envolvidos nas atividades de estágio. Deste ponto de vista, a comunicação envolve o que é dito, como é dito, o que é omitido, o que é feito, o que não é feito. Na verdade, ela representa a forma como os indivíduos relacionam-se uns com os outros e diz muito sobre suas concepções e valores. Por exemplo, a forma como a aluna comunica-se com o paciente denota tanto sua percepção sobre o mesmo quanto sobre o trabalho da enfermeira. A forma de comunicação estabelecida entre aluna e paciente indica se este é percebido como sujeito ou objeto.

Quando a aluna é sujeito do processo de ensino-aprendizagem, então, a forma como ela busca construir seu conhecimento ganha relevância. Durante este estudo observei não só *como* as alunas procuravam obter o conhecimento em situação de estágio (leitura da bibliografia, consulta a colegas, membros da equipe de saúde e professora) mas também *que tipo* de conhecimento era valorizado. Este aspecto forneceu uma indicação bastante clara sobre o que o grupo acreditava que a enfermeira deveria conhecer, ou seja, reflete sua percepção sobre o que é o saber da enfermeira.

Os dados foram colhidos ao longo de todo o desenvolvimento da disciplina incluindo, portanto, o acompanhamento do grande grupo no bloco teórico inicial e o

de um grupo de estágio, composto por sete alunas, durante o período de atividades práticas. Os dados utilizados para análise foram obtidos através de **observação participante**, dos **relatórios** de atividades de estágio e de **outros trabalhos escritos** produzidos pelo grupo.

Durante o bloco teórico e o acompanhamento das atividades de estágio, as observações foram registradas em um diário de campo (anexo 1). Nos grupos de reflexão, além do diário de campo, foram realizadas gravações em áudio para permitir a participação mais ativa da professora-pesquisadora nas discussões. Além disso, a escuta posterior das fitas permitiu desenvolver uma maior reflexão sobre os temas discutidos, além de servir de subsídio importante para a avaliação da participação da observadora-professora.

O fato de assumir simultaneamente a tarefa de professora e observadora criou algumas dificuldades. Como observadora, é possível planejar o que vai ser observado em cada dia, mas, como professora, este planejamento nem sempre pode ser respeitado.

A observação de uma única aluna durante todo um turno de estágio permite acompanhar sua relação com o paciente desde o primeiro encontro entre ambos, mas, desenvolvendo a atividade de professora, este tipo de observação não foi possível pois era necessário estar atenta ao desenvolvimento das atividades do grupo como um todo. Desta forma, foi feita a observação de alguns momentos da interação entre aluna e paciente, ou seja, uma observação fragmentada como é, de um modo geral, a observação que as docentes fazem.

O próprio método de ensino, no qual as alunas são sujeitos e, portanto, assumem a iniciativa, solicitam intervenções, questionam, também diminui o controle da professora sobre as atividades do grupo impedindo uma observação rigidamente planejada.

Apesar destas dificuldades, ser observadora-professora teve vantagens e, entre elas, a de permitir, ao mesmo tempo, que a observação fosse feita realmente de forma interna ao processo e que a professora assumisse um ponto de vista externo a este mesmo processo. A atividade de professora e observadora implicou no movimento

de aproximação e distanciamento do objeto de estudo que é necessário para sua melhor apreensão e que nada mais é do que a ação-reflexão-ação.

O exercício de desenvolver uma observação participante de sua própria prática é extremamente rico para a professora pois neste jogo, entre a isenção da observadora e o comprometimento da docente, a atividade de ensino vai-se mostrando de uma forma muito mais clara com suas potencialidades e limites. “A observação participante permite ao professor-pesquisador penetrar no cotidiano da sala de aula e transitar entre a prática e a teoria, de forma a compreender os vários significados da realidade” (Silva, 1990, p.27). A fase de observação participante serve tanto ao ensino quanto à pesquisa.

Devido a suas características, a atividade de observadora e professora exige muita disciplina para garantir a qualidade do trabalho de observação e de ensino. Justamente por estar sujeita a muitas interferências, esta atividade precisa ser cuidadosamente planejada e constantemente avaliada. Durante a execução deste trabalho, todos os dias, após o término das atividades de estágio, eu lia e completava as anotações realizadas e planejava minha ação para o próximo dia, tendo em vista tanto os objetivos deste trabalho quanto os da disciplina. Isto significa que diariamente eu avaliava e planejava tanto o desenvolvimento da observação como o da minha atividade docente.

A análise de dados, portanto, foi iniciada no transcorrer do trabalho, pela necessidade de avaliar seu desenvolvimento e identificar as situações vivenciadas pelas alunas que serviram como objeto de reflexão. O grupo de reflexão foi o local, por excelência, onde os temas emergidos da análise dos dados foram discutidos. Esta etapa, feita a partir do trabalho individual e coletivo, serve tanto ao ensino quanto à pesquisa.

Após o término da disciplina realizei novas leituras dos dados para, apoiada por uma revisão bibliográfica, poder sistematizá-los e interpretá-los. Esta fase do trabalho tem um caráter individual e é característica do processo de pesquisa.

Embora o pensamento de Paulo Freire tenha sido utilizado para o delineamento desta proposta, ao longo do processo, foi necessário buscar outros autores para analisar as situações vivenciadas e os problemas encontrados.

O presente trabalho, foi desenvolvido durante o primeiro semestre de 1998 em uma disciplina prática, prevista para o 5º semestre do curso, e com uma carga horária semanal de 8 horas/aula perfazendo o total de 120 horas/aula. O campo de estágio utilizado foi, basicamente, a unidade de internação cirúrgica do Hospital Universitário. As alunas, sujeitos da pesquisa, são indicadas pela inicial A seguida de um número ( $A_1, A_2 \dots$ ); o número total de alunas é de vinte e oito, sendo vinte e sete mulheres e um homem. A utilização do feminino justifica-se pelo fato das mulheres serem a maioria absoluta e porque o uso do masculino para apenas um dos sujeitos da pesquisa poderia levar a sua identificação. Os nomes utilizados para designar pacientes são fictícios.

Devido ao número de alunas previsto para o semestre, duas professoras substitutas foram designadas para acompanhar os grupos de estágio sendo que cada uma das professoras ficou responsável pelo acompanhamento de um mesmo grupo de estágio durante todas as atividades práticas.

O bloco teórico foi desenvolvido exclusivamente pelas professoras efetivas mas as professoras substitutas participaram destas aulas. Toda a proposta foi apresentada e explicada às professoras substitutas embora não tenha sido possível, no presente momento, desenvolver um aprofundamento teórico junto a essas colegas.

No primeiro dia de aula, foi apresentada às alunas a nova proposta de desenvolvimento da disciplina sendo explicada as razões desta mudança e foi obtida sua permissão para a utilização dos dados obtidos tanto no desenvolvimento da dissertação quanto para eventual publicação. A autorização para gravar as discussões do grupo de reflexão foi solicitada de forma expressa às alunas diretamente envolvidas neste momento.

Um cuidado mantido ao longo de todo o trabalho, foi o de avaliar cuidadosamente o desenvolvimento desta proposta com o objetivo de evitar prejuízo às alunas no desenvolvimento de suas atividades e daquilo que é exigido delas em termos do currículo do curso. Acredito que este deve ser um procedimento obrigatório não apenas quando da realização de um trabalho científico, ou na implantação de uma nova proposta, mas em qualquer processo de ensino-aprendizagem; é, na verdade, um compromisso ético que a educadora assume com as educandas.

A avaliação da proposta e do desenvolvimento do próprio grupo foi realizada com o auxílio da observação das atividades diárias e discussão no grupo de reflexão. Os objetivos da disciplina (anexo 2) serviram para orientar esta avaliação.

O projeto foi apresentado à Comissão de Curso de Enfermagem, responsável pelo acompanhamento didático-pedagógico do curso, e à chefia do Departamento de Enfermagem, responsável pela execução da disciplina em foco, que mostraram-se favoráveis à sua execução.

Nos capítulos seguintes, apresento a construção e avaliação da metodologia de ensino utilizada e, logo após, os dados obtidos durante o desenvolvimento da mesma.

## A CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE ENSINO

O ensino prático da enfermagem apresenta uma característica extremamente importante que é a de ser desenvolvido nos próprios locais de atuação profissional, em contato direto com os pacientes/clientes. A educadora, neste caso, deve preocupar-se em criar condições que facilitem a aprendizagem e, ao mesmo tempo, preocupar-se com as necessidades dos pacientes. A aluna, por outro lado, deve desenvolver a própria aprendizagem preocupando-se também com a segurança do paciente. Esta é certamente uma situação extremamente rica para desenvolvimento do ensino-aprendizagem, mas também geradora de muita ansiedade e conflitos.

Pessoalmente, considero esta forma de ensino extremamente importante, mas tenho consciência que pode servir tanto para a formação de uma enfermeira crítica e competente quanto reduzir-se ao treinamento de algumas habilidades consideradas como necessárias ao exercício da profissão. Ou seja, o ensino prático não garante, por si mesmo, a formação de um tipo específico de profissional. A forma como é conduzido, o que é exigido, permitido, proibido diz muito mais claramente o que a professora entende como trabalho da enfermagem do que todo o seu discurso teórico. Na verdade, o método de ensino diz respeito não apenas ao **como** se ensina/aprende mas, também, ao **que** se ensina/aprende.

Quando uma professora afirma que o mais importante no trabalho de enfermagem não são as técnicas, mas supervisiona atentamente apenas sua execução e centra a avaliação na capacidade da aluna de executá-las corretamente o que, de fato, está dizendo com sua ação é que as técnicas são a parte essencial do trabalho. É isto que está ensinando. Por mais que a professora diga que a aluna deve ter iniciativa,

ser independente, quando não permite que esta aluna faça nada sozinha, quando não escuta suas opiniões e dúvidas e quando decide antecipadamente como cada ação deve ser desenvolvida, sem aceitar sugestões, está ensinando dependência e obediência ou, no máximo, rebeldia. Talvez este descompasso entre o que a professora *diz* nas aulas teóricas e o que ela *faz* durante os estágios justifique a afirmativa, que já ouvi muitas vezes, de que “*a teoria na prática é outra*”.

Devemos lembrar também que, muitas vezes, as relações entre as instituições de ensino e os campos de estágio são pouco estáveis e a professora preocupa-se em evitar conflitos para garantir a manutenção dos campos, o que pode levar à adaptação ao ambiente e ao distanciamento entre o que *deveria* ser feito e o que realmente é feito.

Parece existir um consenso entre docentes, alunas e profissionais de campo de que, para a formação da enfermeira, é indispensável este contato com a prática. Contraditoriamente, apesar de ser uma atividade de ensino-aprendizagem tão importante, parece não exigir um planejamento especial. Exemplo disso é uma discussão a respeito da carga horária envolvida no planejamento das disciplinas quando muitas defendem que é necessário maior carga horária para o planejamento das aulas teóricas do que para as práticas. No caso específico do ensino de enfermagem, isso equivale dizer que é necessário estudar mais para falar sobre um saber do que para, junto com as alunas, cuidar dos pacientes.

No curso onde ensino, tem sido necessário contratar regularmente professoras substitutas que, em sua grande maioria, não tem nenhuma experiência docente e devem atuar em mais de uma disciplina. Tem sido recomendado que estas professoras não dêem aulas teóricas mas *apenas* os estágios<sup>5</sup>. A justificativa apresentada é a de que preparar aulas teóricas exige muito tempo. Embora seja absolutamente verdade que preparar uma aula teórica despense muito tempo, principalmente quando a profissional não tem experiência docente, este argumento, de certa forma, traz implícita a aceitação de que não é necessário preparar os estágios. Esta conduta é comum a outros cursos, principalmente nos vinculados a instituições

---

<sup>5</sup> No curso de Enfermagem da FURG as disciplinas práticas, desenvolvidas nos diversos campos de atuação profissional com supervisão direta do docente, são denominadas de “Estágios Supervisionado em ...” sendo esta denominação comum a muitos outros cursos. Portanto o uso do termo *estágio* refere-se, neste trabalho, a estas disciplinas.

particulares, onde são contratadas professoras apenas para desenvolver as atividades práticas.

Será que para acompanhar as alunas em estágio, onde deve-se desenvolver o ensino-aprendizagem e cuidar dos pacientes, não é preciso estudar? Não é necessário planejamento? O que é desenvolvido nas aulas teóricas é assim tão diferente do que deve ser feito nos campos de prática? Será que para desenvolver as atividades práticas a teoria é dispensável? Uma indicação de que esta conduta é problemática para o desenvolvimento do ensino pode ser observada na sugestão de alunas de um curso de graduação de *“manutenção do mesmo professor na teoria e prática e se houver necessidade de professor substituto que este acompanhe a teoria por pelo menos quinze dias”* (Brito,1997,p.107). Esta separação entre professor de teórica e professor de estágio merece uma reflexão mais cuidadosa; é necessário avaliar melhor o que representa e que mensagem veicula.

Por outro lado, a aceitação de que uma profissional, para desenvolver adequadamente as atividades de estágio, necessita apenas ter vivência nos campos de prática implica na desvalorização do aspecto pedagógico envolvido na atividade de ensino-aprendizagem, ou seja, a experiência na prática assistencial parece ser o requisito necessário e suficiente para o bom desenvolvimento de uma prática de ensino.

O estágio apresenta-se como o momento em que as alunas podem realizar a correlação entre teoria e prática, mas, para que isto se concretize, é indispensável que a própria escola reconheça esta vinculação. A separação entre quem ensina teoria e quem ensina prática, pode representar a percepção da teoria e da prática como coisas distintas, independentes, assim como uma maior valorização pelas docentes dos conteúdos teóricos.

Esta valorização do planejamento da atividades chamadas teóricas, como referido anteriormente, foi constatado também por Saupe (1992). Ao analisar os planos de ensino em um curso de graduação em enfermagem esta autora, constatou que as atividades práticas a serem desenvolvidas raramente eram discriminadas. Afirma que, comparado ao bloco teórico, o planejamento das atividades práticas revestia-se de grande simplicidade.

A falta de uma definição clara do curso quanto aos objetivos e atividades de estágio acaba levando a improvisações comprometendo seu caráter eminentemente educativo e formador. Segundo Rezende, os estágios na área da saúde tem contribuído muito pouco na formação destes profissionais sendo que "*o que consegue é, na maioria das vezes, gerar conflitos entre o pensar e o fazer, distanciando um do outro*" (Rezende, 1986, p.145).

Acredito que, para serem realmente significativas, *as atividades de ensino-aprendizagem, em situação de estágio, devem ser planejadas e acompanhadas, de forma rigorosa, com a utilização de um referencial teórico explícito*. Isto significa que estas atividades, mesmo sendo dinâmicas e muitas vezes imprevisíveis, não devem ser desenvolvidas apenas de forma mecânica e repetitiva e nem podem estar desvinculadas do contexto concreto onde estão inseridas.

Uma queixa muito freqüente entre as professoras é quanto à *falta de condições* dos campos de estágio. Em trabalho realizado junto a docentes de um curso de graduação em Enfermagem, quando discutido como ensinar a Assistência de Enfermagem, uma das dificuldades apontadas foi a de aplicar o ideal no campo de estágio e, entre as soluções propostas, aparece a de criar uma *unidade modelo* (Giorgi, 1997). No mesmo sentido, as alunas de um curso de graduação apontam para a distância entre teoria e prática dizendo que: "*o ideal teórico, na prática não funciona, pois faltam profissionais para trabalhar e os que trabalham ganham pouco e que acabam caindo na desmotivação, prestam assistência mecanicamente e não olham a pessoa como um todo*" (Brito, 1997, p.97). Para diminuir esta distância gostariam de campos de estágio de qualidade, defendem um maior entrosamento entre o curso e os campos de estágio, além de sonharem com um hospital escola.

Eu mesma muito sonhei com a concretização de um Hospital Universitário que oferecesse melhores condições para o desenvolvimento de minhas atividades docentes, um lugar onde as alunas realmente pudessem ver uma assistência de enfermagem de qualidade. Hoje, quando desenvolvo os estágios no Hospital Universitário tão sonhado, acredito que a simples mudança de cenário não é a resposta para as questões de ensino-aprendizagem. O fato da aluna aprender em uma unidade "*modelo*" poderá realmente prepará-la para a atuação nas diferentes

instituições de saúde? Acredito que *o ensino prático deve partir das situações concretas vividas nos diferentes campos de estágio para problematizá-las e desenvolver na aluna um pensamento crítico capaz de ajudá-la a se integrar no mercado de trabalho*. Integração aqui é tomada no sentido que Freire confere ao termo, que implica na capacidade de ajustar-se à realidade e de transformá-la, de optar, ser crítico; o homem integrado é sujeito. Adaptação, por outro lado, está ligada à acomodação, ajustamento; o homem, não podendo modificar a realidade, modifica-se para adaptar-se (Freire, 1991).

A utilização de campos de estágio que apresentem condições, materiais e humanas, distintas pode ser extremamente proveitoso para a aluna. O contato com diferentes formas e condições de trabalho pode auxiliar as educandas a ter consciência de que não existe *uma* realidade imutável, além de permitir a discussão sobre as diferentes formas de intervenção na realidade.

Outro problema freqüentemente referido por enfermeiras assistenciais, docentes e alunas é a falta de tempo; durante o período de atividades práticas há tantas habilidades a desenvolver, tantas coisas para ver, tanto a ensinar e aprender; a enfermeira ocupa-se de tantas tarefas administrativas, tantos pacientes, tantos procedimentos para executar, enfim todos têm pouco tempo para fazer muitas coisas. Do ponto de vista da formação profissional, considerando apenas o volume de conhecimento já acumulado, realmente o tempo é muito curto. Qualquer disciplina poderia facilmente utilizar duas vezes, ou mais, o tempo de que dispõe para trabalhar o conhecimento em sua área. É claro que teríamos que ter cursos com dez, quinze anos de duração e, mesmo assim, no momento da graduação muito dos conhecimentos adquiridos já seriam obsoletos. Daí que, durante o tempo de escolarização, seja mais importante *“aprender a aprender”*, aprender a ler a realidade para sobre ela intervir.

Na verdade, a formação não se encerra com a graduação mas deve acompanhar toda a vida profissional. Provavelmente, tomar consciência deste fato é mais importante para a futura profissional do que apenas decorar conteúdos que logo serão esquecidos. Os conhecimentos e habilidades, a serem desenvolvidos, devem ser selecionados considerando sua importância no desempenho da profissão e o tempo disponível. Por exemplo, mais importante do que tentar habilitar a educanda a usar a infinidade de equipamentos atualmente existente, que modificam-se muito

rapidamente e que nem sempre estão disponíveis nas instituições, é conscientizá-las de que o manual de instrução tem como objetivo justamente explicar seu funcionamento. A própria instituição, ao comprar novos equipamentos, deve preocupar-se em familiarizar as profissionais com seu uso e, mais do que isso, tem a responsabilidade de oferecer condições para o desenvolvimento profissional através da educação em serviço.

É extremamente importante criar a consciência de que não saber *tudo* não representa incompetência, que nenhum profissional, de nenhuma área, consegue saber *tudo*, mas que a busca constante do conhecimento, além de essencial para alcançar a competência, é um compromisso que os profissionais devem assumir.

Acredito que seja fundamental que *a metodologia de ensino utilizada considere a aluna como sujeito de seu processo de ensino-aprendizagem e a auxilie a desenvolver a curiosidade epistemológica e o hábito da reflexão*. Para Freire a curiosidade ingênua caracteriza o senso comum, que também produz um tipo de saber; quando esta curiosidade se torna crítica, passando a aproximar-se do objeto de conhecimento de forma metódica, então surge a curiosidade epistemológica. A curiosidade humana vem sendo histórica e socialmente construída e, porque a promoção da ingenuidade à criticidade não se dá automaticamente, a prática educativa deve promover o desenvolvimento de uma curiosidade crítica o que pode ser feito através da reflexão. “*Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos*” (Freire, 1997b, p.35).

O imperativo de considerar a educanda sujeito do processo de ensino-aprendizagem está vinculado a própria concepção de ser humano. Uma vez que aceitamos a concepção freireana em que o homem é sujeito por vocação e objeto por distorção então, necessariamente, a educanda deve ser considerada como sujeito no processo de ensino-aprendizagem. Além disso, o ato de conhecer não é passivo, implica em esforço e envolve o ser humano como um todo, daí que quando tornamos o educando objeto, puro receptáculo de nosso próprio saber, estamos negando sua capacidade de continuar conhecendo cada vez mais e melhor.

O ensino em forma de estágio apresenta a característica de colocar a aluna em contato direto com os campos de prática, permitindo observar e vivenciar o fazer

da equipe de saúde e o funcionamento das instituições; apresenta a possibilidade de desenvolver o conhecimento da realidade na qual, como profissional, participará. Nesse contato, vai sendo construída a sua *leitura do mundo* e vão se delineando formas de ação sobre esta realidade. Este também pode ser o momento em que a realidade funcione como uma força de imersão da consciência que passa a vê-la como determinação e não como problema; pode ser o momento em que professora e aluna assumam uma posição idealista, ou mágica, imaginando que são *diferentes*, ignorando a força desta realidade. Neste confronto com o dia a dia dos membros da equipe de saúde e com pacientes/clientes, é que pode aparecer, com força, a dicotomia entre o discurso e a prática das docentes que se alonga na dicotomia entre a teoria e prática da própria enfermagem.

A ação e a reflexão aparecem como temas constantes na obra de Paulo Freire onde não são jamais separadas já que a reflexão verdadeira conduz à ação que, por sua vez, deve ser sempre objeto de reflexão para não transformar-se em simples ativismo. Então, agir e pensar, teoria e prática, não podem ser dicotomizadas pois formam um todo em relação dialética. Da mesma forma, no processo de ensino-aprendizagem, ação e reflexão não devem ser separadas. Acredito que uma forma de transformar os estágios em uma prática de ensino realmente educativa é utilizando a ***ação-reflexão-ação*** como metodologia. Não é suficiente acompanhar os educandos aos campos de estágios para que eles apenas *vejam* uma realidade que freqüentemente desaprovam e, depois de formados, reproduzem. Ao contrário, é preciso que eles reflitam sobre sua ação para que, transformando-se, sejam capazes de transformar esta realidade. Esta forma de ensinar-aprender independe do local e dos conteúdos; pode ser usada em um Posto de Saúde ou em uma Unidade de Terapia Intensiva porque é, na verdade, uma maneira de relacionar-se com o mundo; diz respeito a forma de ser e agir frente ao mundo onde se dá nossa existência.

A expressão ação-reflexão-ação pode dar uma idéia de circularidade com o retorno a uma mesma ação, ou forma de agir, após a reflexão. Acredito que a reflexão verdadeira leve a uma ação sempre de alguma forma renovada, modificada, que carrega o potencial para a mudança, nem sempre concretizada. Assim, creio que este movimento não é circular já que a reflexão leva a uma ação situada em outro patamar,

embora nem sempre ocorra uma transformação da realidade concreta. A possibilidade de transformação, no entanto, está inscrita no próprio movimento.

A enfermagem tem se apropriado da teoria de Freire para trabalhar as questões educativas de sua prática. Segundo Saupe, Brito e Giorgi (1997), no curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, tem sido significativo o número de dissertações que utilizam como referencial as concepções deste educador. Entre 1994 e 1996, este referencial foi utilizado em oito dissertações e em seis novos projetos de dissertação aprovados.

Os conceitos mais trabalhados pelas enfermeiras, a partir do pensamento de Freire, foram os de homem, diálogo, humanismo, cultura, conscientização e transformação. O foco de seus trabalhos foi bastante variado incluindo grupos de gestantes, trabalhadores de enfermagem, pessoas ostomizadas, alunas e professores do curso de graduação em enfermagem.

Segundo as mesmas autoras, as concepções freireanas foram utilizadas mais especificamente para a educação informal, entendida como atualização profissional, e não formal, entendida como diálogo com os usuários dos serviços onde as enfermeiras atuam. Nenhum dos trabalhos referidos aplicou os conceitos de Freire em situações de educação formal.

Paulo Freire demonstrou, ao longo de sua obra, grande preocupação com a chamada educação popular, o que talvez explique a utilização de seus conceitos preferencialmente na educação informal ou não formal. Apesar de sua ênfase na educação popular, este autor trabalhou também com as questões do ensino escolar, ou formal, assumindo mesmo o cargo de Secretário de Educação no município de São Paulo no período compreendido entre janeiro de 1989 a maio de 1991. Acredito que o ensino formal da enfermagem, especialmente em sua parte prática, seja um campo no qual as idéias deste autor podem mostrar-se extremamente fecundas.

Para delinear esta proposta metodológica, utilizei minha experiência profissional, os dados obtidos em trabalho junto ao grupo de alunas, já citado, e algumas das concepções de Paulo Freire, principalmente as relativas a **homem, educação, diálogo, ensino-aprendizagem e conscientização**. Os pressupostos que orientam esta proposta, já expostos ao longo do texto, são:

- ❑ as atividades de ensino-aprendizagem em situação de estágio devem ser planejadas e acompanhadas, de forma rigorosa, com a utilização de um referencial teórico explícito;
- ❑ o ensino prático deve partir das situações concretas vividas nos diferentes campos de estágio, para problematizá-las e desenvolver na aluna um pensamento crítico capaz de ajudá-la a integrar-se no mercado de trabalho;
- ❑ é fundamental que a metodologia de ensino utilizada considere a aluna como sujeito de seu processo de ensino-aprendizagem e a auxilie a desenvolver a curiosidade epistemológica e o hábito da reflexão.

### *O DELINEAMENTO DE UMA PROPOSTA DE ENSINO PARA ESTÁGIO*

O curso de enfermagem, onde foi realizado este estudo iniciou suas atividades em 1976 e prevê no currículo atual 3.930 horas/aula distribuídas ao longo de oito semestres letivos. As disciplinas do ciclo básico, ou pré-profissionalizante, compreendem 1.425 horas/aula e são ofertadas do 1º ao 4º semestre. As disciplinas da área profissionalizante são ofertadas já a partir do 2º semestre e totalizam 2.505 horas/aula sendo que as disciplinas práticas correspondem a 1.845 horas/aula.

As disciplinas do tronco profissionalizante, com exceção de três, estão divididas em teóricas e práticas sendo as últimas denominadas de “estágio supervisionado em ....”, portanto, a cada disciplina teórica corresponde uma de estágio; ambas as disciplinas são desenvolvidas no mesmo semestre embora não exista co-requisito entre elas. No 5º semestre, as alunas, obrigatoriamente, já cursaram três disciplinas de estágio.

A experiência concreta das alunas, tanto as relacionadas aos estágios como com sua vida pessoal, foi tomada como ponto de partida para que, através de discussões em grupo, da problematização, pudessem desenvolver a capacidade de reflexão, de pensamento crítico, tendo a conscientização como objetivo de longo prazo<sup>6</sup>. As alunas foram incentivadas, desafiadas, a tomarem-se sujeito do processo de ensino-aprendizagem buscando ativamente o conhecimento necessário a sua formação. Por exemplo, as pesquisas bibliográfica e de campo foram utilizadas como recurso para resolver problemas/dúvidas surgidos durante as atividades, para que a

---

<sup>6</sup> Acredito que a conscientização não seja alcançável no espaço de tempo destinado ao desenvolvimento de uma disciplina mas deva ser um objetivo do curso de graduação, ou seja, um objetivo de longo prazo. Assim todas as disciplinas devem trabalhar buscando a conscientização dos alunas.

aluna ultrapassasse o senso comum como forma de resolvê-los. Da mesma maneira, divergências entre a opinião das alunas e professora também foram resolvidas com a procura, por parte de ambas, de argumentação que justificasse seu posicionamento. Isso significa que a *autoridade* da professora não é indiscutível, como não o é nenhum saber, mas que também o direito a voz não implica no direito de dizer qualquer coisa e que todas, alunas e professoras, devem justificar, de forma coerente e embasada, seus posicionamentos.

Quando Freire fala sobre sujeito ele está referindo-se a homens e mulheres que constroem sua própria história dentro das condições materiais e históricas existentes. Ser sujeito é um papel ativo, exige que homens e mulheres façam escolhas, opções, assumam riscos. No processo de ensino-aprendizagem, a professora não pode simplesmente *determinar* que as alunas sejam sujeitos, mas sim deve criar condições para que estas alunas descubram-se como sujeitos, e esta não é uma tarefa simples.

O estágio, por suas próprias características, exige que as alunas executem atividades mas, quando esta ação limita-se a realização de tarefas propostas pela professora, sem questionamento, a atitude por elas assumida em relação ao processo de ensino-aprendizagem é passiva. Esta forma de desenvolvimento pode ser comparada à educação *bancária*, de que Freire nos fala, na qual não há a busca conjunta do conhecimento mediada pelo diálogo.

A problematização das experiências vividas, que significa tomá-las como problema para sobre elas refletir, tem o objetivo de desenvolver um pensamento crítico que permita perceber a situação atual como parte de um todo. O questionamento da razão de ser dos acontecimentos, a procura de explicações cientificamente embasadas, o hábito de discutir e colocar em dúvida o que sabe, tem como finalidade despertar a curiosidade epistemológica, que é aquela na qual há aproximação metódica do objeto de conhecimento. Neste processo, que implica necessariamente no diálogo, a aluna pode descobrir-se sujeito de seu processo de ensino-aprendizagem e de sua própria vida, sem deixar de considerar os entraves e limites à própria ação.

Para desenvolver a percepção do paciente como ser humano e evitar sua transformação em objeto, a relação aluna-paciente foi discutida também a partir das

situações concretas, privilegiando as mais rotineiras, mais comuns, porque são estes pequenos atos feitos sem pensar, sem que a aluna “*se dê conta*”, que realmente vão retirando a humanidade dos pacientes. Os exemplos que surgiram, e foram discutidos, são: entrar em uma enfermaria com cinco pacientes e cumprimentar apenas um; conversar com as colegas, professora e outros membros da equipe *junto* ao paciente mas sem incluí-lo, mesmo quando estão falando *sobre* o paciente; iniciar um procedimento sem nem mesmo informar ao paciente o que vai ser feito.

Também o aceitar um *rótulo* para o paciente é negá-lo como ser humano. A equipe de saúde, com bastante frequência, *rotula* os pacientes e relaciona-se com eles a partir deste rótulo e as alunas, algumas vezes, aceitaram esta opinião da equipe como válida. Quanto maior é o envolvimento com os membros da equipe mais facilmente o grupo aceita sua colocações. Aqui parece surgir, também, o argumento da autoridade pois quando a opinião é expressa por um membro da equipe, reconhecido pelo grupo como competente, é muito facilmente aceita.

É interessante observar como existem paralelos na relação entre a aluna e o paciente e aluna e a professora. Ao mesmo tempo que se queixa do autoritarismo docente a aluna exerce sua *autoridade* sobre o paciente impondo horários, procedimentos, orientações e sua própria presença sem considerar mais seriamente o que este paciente realmente quer. Ao mesmo tempo que se sente oprimida na relação com a professora, a aluna torna-se opressora em sua relação com o paciente. Se a aluna reproduz, em sua relação com o paciente, o que vivencia, então uma metodologia de ensino que privilegie o diálogo, e que reconheça a aluna como sujeito do processo de ensino-aprendizagem, pode ter influência também na relação da aluna com o paciente. Talvez seja necessário o indivíduo reconhecer-se como sujeito para que possa reconhecer os outros como sujeitos também.

A comunicação deve ter um papel de destaque em qualquer proposta educativa, simplesmente porque homens e mulheres só podem construir-se socialmente utilizando a comunicação nas suas mais diferentes formas. Os homens só foram capazes de construir o mundo devido a sua capacidade de comunicação; Freire afirma mesmo que “*não há inteligência da realidade sem a possibilidade de ser comunicada*” (Freire,1997b,p.133). A habilidade de comunicação é de extrema

importância para o trabalho da enfermeira, tanto considerando a sua relação com o paciente/cliente quanto com a equipe de saúde e a instituição onde trabalha. Além disso, não há ensino-aprendizagem verdadeiro sem o diálogo.

As situações concretas, relacionadas com a comunicação entre alunas, pacientes e professora, serviram como base para a reflexão e procura de maneiras de superar as dificuldades encontradas. A idéia da comunicação como uma habilidade que pode ser desenvolvida, aprendida, foi enfatizada durante todo o tempo. O **diálogo**, como proposto por Paulo Freire, mostrou-se essencial no processo ensino-aprendizagem e seus princípios foram apresentados as alunas para que pudessem orientar também a sua comunicação com os paciente. Assim, acredito que alunas e professora, como sujeitos, foram desenvolvendo, ao longo do processo, a habilidade de dialogar.

A ação-reflexão-ação não é apenas um modelo que a aluna deve seguir mas, antes de mais nada, é a forma que a professora deve utilizar para orientar todo o processo ensino-aprendizagem. Isso significa que o planejamento inicial deve ser modificado, de acordo com as características do grupo de educandas e com as situações que surgirem. É fácil imaginar que uma atividade que envolva tantos sujeitos, alunas/pacientes/equipe de saúde/professora, tenha que ser constantemente avaliada e replanejada. Além disto, embora a professora tenha a responsabilidade de conduzir o processo, este é, de fato, construído e reconstruído pelo próprio grupo através de sua ação-reflexão-ação.

O desenvolvimento das atividades de estágio em uma unidade de internação envolve um grau de imprevisibilidade característico deste setor. Quando uma aluna assume o cuidado de determinado paciente prevê quais as tarefas que necessitará desempenhar, mas muitos acontecimentos podem influir neste planejamento inicial: o paciente pode apresentar uma alteração no seu estado geral, pode faltar o material necessário para realizar alguns procedimentos, a cirurgia prevista é suspensa, o paciente recusa-se a receber determinada medicação, entre outros.

O planejamento das atividades de estágio, por parte da professora, também carrega consigo um certo grau de imprevisibilidade. No desenvolvimento das diversas atividades, as alunas podem apresentar problemas diferentes, solicitar ajuda em graus

variáveis, pode surgir a necessidade de maior intervenção. Acredito que, na verdade, isto faça parte, e seja importante, para a aprendizagem das alunas. A impossibilidade de controlar tudo o que ocorre em uma unidade de internação é fato real, com o qual a futura profissional deve aprender a conviver. Esta vivência, quando adequadamente refletida, pode mostrar a necessidade de planejar e organizar aquilo que efetivamente pode ser planejado, organizado e controlado, e manter uma disponibilidade para enfrentar o imprevisível.

O planejamento cuidadoso da atividade de estágio mostrou-se indispensável para obter o maior proveito possível das experiências de ensino-aprendizagem. Este planejamento, no entanto, não deve manter alunas e professoras alheias ao que acontece na unidade de internação. Dentro do possível, devemos evitar desenvolver uma atividade prática que não corresponde ao dia a dia do trabalho de enfermagem, pois isto significa formar um profissional despreparado para enfrentar o mercado de trabalho.

Quando, durante as aulas teóricas, as professoras falam do ideal profissional como se fosse o real, e durante os estágios protegem as alunas dos conflitos e dificuldades existentes, estas alunas, ao confrontarem-se com a realidade das instituições, podem se sentir despreparadas para enfrentá-la. Uma das alunas do grande grupo, (A16), foi realizar uma visita no Centro Cirúrgico, sem a companhia das professoras e, observando o comportamento dos profissionais de setor ficou revoltada afirmando que:

- *“os professores...mentem prá gente. É tudo diferente do que eles dizem” (A16)*

Neste caso a aluna estava se referindo à diferença entre a conduta que é apresentada como adequada, apresentar-se e pedir licença entre outras, e a forma como os profissionais se comportam.

Uma determinada situação só pode ser mudada quando a reconhecemos como real e, durante o curso, devemos procurar desenvolver o que Freire chama de denúncia do que existe e anúncio de uma nova realidade. Isto significa que não é possível simplesmente aceitar o que existe mas que, também, não podemos ignorar a realidade, e que nossa ação visando mudanças; necessariamente, deve estar vinculada a esta realidade.

## O DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA DE ESTÁGIO

A implementação da disciplina prática, de acordo com esta proposta, foi realizada em duas etapas distintas: inicialmente foi desenvolvido *um bloco teórico inicial* onde todas as alunas participaram e, logo após, este grande grupo foi dividido em quatro pequenos grupos que, então, desenvolveram suas atividades em campo de estágio em horários distintos. O bloco teórico inicial, que correspondeu a 36 horas/aula, contou com a participação de todas as professoras da disciplina; nas atividades de campo, no total de 84 horas/aula, cada grupo de alunas foi acompanhado apenas por uma professora, que se manteve a mesma durante todo o período.

O fato de todas as atividades terem sido cuidadosamente planejadas e discutidas com a outra professora do quadro efetivo, mostrou-se fundamental para permitir sua implementação e avaliação constante. A discussão das atividades com outras professoras permite um maior amadurecimento e enriquecimento do trabalho e deveria constituir-se em uma rotina da atividade docente. Os resultados obtidos por um curso, ou escola, tem relação com o trabalho de cada um dos docentes envolvidos, daí que o trabalho pedagógico seja coletivo e exija o compartilhar idéias, discutir formas de ação, a avaliação conjunta.

As atividades propostas para o desenvolvimento da disciplina, tanto do bloco teórico inicial quanto das atividades de estágio, a seguir descritas, estão resumidas na figura da página 77.

### 1. BLOCO TEÓRICO INICIAL

Tradicionalmente, antes de iniciar as atividades de estágio, são desenvolvidos alguns conteúdos teóricos considerados indispensáveis para a própria execução das atividades. Mesmo neste período, as alunas realizaram exercícios práticos que, juntamente com suas experiências prévias, serviram de objeto de reflexão e ponto de partida para o desenvolvimento dos conteúdos teóricos. Estas atividades têm como objetivo, também, permitir uma avaliação diagnóstica do grupo de alunas o que possibilitou, desde o início da disciplina, o delineamento de estratégias que levassem à superação dos problemas encontrados.

Já neste momento a comunicação com o paciente e o saber da enfermagem apareceram como temas importantes a serem trabalhados.

O grupo manifestou sua aprovação por este tipo de proposta tendo uma das alunas afirmado que *"um bloco teórico muito comprido é muito chato"* (A20). Esta postura, de maior valorização da atividade prática, é extremamente freqüente entre as alunas de enfermagem. Acredito que é na presença do paciente, no enfrentamento das atividades inerentes ao cuidar destes pacientes, que a necessidade do conhecimento, chamado teórico, pode ser sentida pelas alunas. A valorização da teoria pode, deste ponto de vista, acontecer quando na prática as alunas sentem a *falta* da teoria. No entanto, esta 'falta' só será sentida quando o assistir/cuidar for realmente problematizado, o que já aponta para uma estratégia de condução das atividades de estágio.

No primeiro encontro, com a presença de todas professoras e alunas, foi apresentada e discutida a metodologia proposta para o desenvolvimento da disciplina. Foi esclarecido que, como sujeito no processo de ensino-aprendizagem, cada aluna deve participar ativamente na busca do conhecimento incluindo consulta à bibliografia, elaboração e apresentação de trabalhos, discussão crítica das experiências vivenciadas nas atividades práticas e dos temas apresentados em aula.

Foi enfatizado que o desenvolvimento da proposta apresentada exige uma forma de comunicação inter-relacional, um diálogo verdadeiro que implica em que, professoras e alunas, se disponham a falar e ouvir, que estejam abertas a idéias diferentes, que sejam curiosas. A partir do debate sobre a forma de comunicação mais utilizada no ensino, o grupo concluiu que é a uni-direcional, onde a professora fala e as alunas escutam (Bordenave, 1993).

Como a proposta era nova, tanto para as alunas quanto para as professoras, ficou combinado que o desenvolvimento da disciplina deveria ser constantemente revisto, repensado, avaliado por todos os sujeitos envolvidos, de forma a permitir o alcance dos objetivos propostos. Isto significa que professoras e alunas foram co-responsáveis pelo desenvolvimento da disciplina.

As alunas aprovaram a proposta mas mostraram-se um pouco preocupadas tendo uma dito que *"pensando nisto eu vejo que, na verdade, vou ter que*

*estudar mais, que vou ter mais trabalho"* (A15). Esta afirmação sugere que a aluna está habituada ao que Freire chama de *educação bancária* na qual a professora deposita os conhecimentos nas educandas que devem apenas memorizá-los. O fato do próprio grupo ter concluído que o tipo de comunicação mais utilizado no ensino é a unidirecional reforça essa idéia. A metodologia proposta, por exigir que cada aluna tenha um papel ativo, realmente pode *dar mais trabalho* e gerar alguma insatisfação.

Apesar de manifestarem descontentamento com a forma de ensino utilizada, as alunas, muitas vezes, apresentam resistência ao desenvolvimento de propostas diferenciadas. Talvez a aceitação inicial deste grupo estivesse vinculada ao hábito de acatar o que a professora propõe, já que ela é vista como a autoridade em sala de aula. Esta aceitação não foi tomada como definitiva e, ao longo das atividades, tomei o cuidado de escutar de fato o que as alunas diziam, procurei estar atenta aos sinais de discordância, nem sempre explicitada, e criar espaços para a discussão de diferentes pontos de vista.

Desta discussão sobre os diversos tipos de comunicação surgiu a dificuldade sentida pelo grupo para trabalhar em equipe e também as dificuldades observadas nos campos de estágio entre os diversos membros da equipe de saúde. As estudantes começaram, então, a questionar *quem faz o que* na equipe de saúde e qual é o conhecimento próprio da enfermagem.

Depois das alunas terem discutido e redigido seu conceito de enfermagem foi apresentado outro, baseado em Paterson & Zderad (1976), no qual a enfermagem é vista como uma profissão intencionalmente voltada ao cuidado com o bem-estar, ou o estar melhor, do ser humano com necessidades perceptíveis, relacionadas com a qualidade de vida e que tem como essência o cuidado ao ser humano, e como profissão exige competência técnica e política.

A concepção da enfermagem como voltada para o cuidado, e não para a cura, foi enfatizada. O grupo mostrou interesse em copiar o conceito apresentado mas não o discutiu, parecendo simplesmente aceitá-lo.

Discutir o conceito de enfermagem tinha como objetivo, além de permitir que professoras e alunas comessem a se conhecer, expor as diferentes concepções

sobre esta profissão para, ao longo da disciplina, problematizar a relação entre este conceito, as atividades executadas e o tipo de conhecimento desenvolvido. Durante os grupos de reflexão, este tema voltou com muita força principalmente quanto a dicotomia quanto ao que as alunas acreditam deva ser o trabalho da enfermeira e o que foi observado na prática.

Como exercício prático, foi solicitado que as alunas realizassem uma avaliação de enfermagem de um paciente internado para, logo a seguir, elaborar um plano assistencial de enfermagem. Esta atividade foi feita em grupos de dois ou três e a orientação dada as foi a de que utilizassem os conhecimentos adquiridos em disciplinas anteriores; foi solicitada também a apresentação de um relatório descritivo desta atividade.

Em grande grupo, este exercício foi utilizado para problematizar a forma como pode ser realizada a avaliação e o planejamento assistencial e quais os conhecimentos as alunas acreditavam que precisariam ter para executar estas atividades. A intenção deste tipo de trabalho é que as alunas vislumbrem os conhecimentos que ainda não possuem e que podem desenvolver na disciplina, além de valorizar os que já possuem, ou seja, percebam que os conteúdos e habilidades trabalhados em outras disciplinas estão relacionados com os que desenvolverão neste momento.

Esta atividade, como a maioria das que foram utilizadas, prevê uma etapa realizada em grupo e uma individualmente. Esta opção de valorizar o trabalho coletivo justifica-se devido a sua importância, tanto para o desenvolvimento do processo de aprendizagem quanto para o exercício da enfermagem como profissão.

Foram então desenvolvidos os conteúdos considerados essenciais sendo que as alunas voltaram à Unidade de Internação para observar e entrevistar pacientes e integrantes da equipe de saúde, de forma a confrontar o conteúdo estudado e os dados encontrados. Assim, por exemplo, antes de apresentar os conteúdos relativos a assistência/cuidado de enfermagem em pré-operatório, as alunas entrevistaram pacientes internados para submeter-se à cirurgia, tentando determinar quais eram suas preocupações, como percebiam este período, o que gostariam de saber; também

entrevistaram enfermeiras e médicos para saber como é realizada esta assistência/cuidado, qual a rotina da instituição.

Da mesma maneira, antes de apresentar os conteúdos relativos à assistência/cuidado em pós-operatório, as alunas observaram e entrevistaram um paciente em pós-operatório imediato, para saber quais os maiores problemas enfrentados neste período e como gostariam de ter sido cuidados. O fato de entrevistar profissionais de campo permitiu o surgimento de questões relativas a precariedade de recursos humanos e materiais que as instituições enfrentam, permitindo problematizar o apresentado na bibliografia e o observado na realidade do dia a dia.

Esta tentativa de aproximação entre a teoria e prática teve como objetivo problematizar tanto a bibliografia, estimulando um processo de leitura crítica, quanto a própria atividade prática executada ( A pergunta foi adequada? Qual significado da resposta no contexto vivido? O que foi observado? Como? O que mais poderia ter sido observado?).

Este momento inicial, denominado de bloco teórico, é importante para que o grupo, professores e alunas, comecem a conhecer-se e comprometam-se com o desenvolvimento da disciplina como um todo. O diálogo é fundamental para que possa desenvolver-se uma atitude de confiança e respeito assim para que possa acontecer uma aprendizagem verdadeira. A realização das atividades de campo permite a vinculação dos conteúdos teóricos à realidade das instituições hospitalares mas, acima de tudo, a aproximação deste dois deve levar a problematização tanto da *teoria* quanto da *prática*.

## 2.ATIVIDADES NO CAMPO DE ESTÁGIO

Após o término do bloco teórico inicial as alunas, divididas em grupos de sete ou oito, iniciaram suas atividades no campo de estágio, acompanhadas durante todo este período por uma das professoras da disciplina. A opção por manter o mesmo docente acompanhando as atividades de estágio justifica-se por duas razões: permitir que a professora conheça melhor cada uma das alunas e facilitar a integração desta com o grupo.

Acredito que, ao longo do período de estágio cada grupo cria uma identidade, ou seja, cada grupo de alunas desenvolve formas de interação, maneiras de enfrentar ou ocultar as dificuldades, mecanismos de apoio ou de afastamento, enfim uma forma de agir como grupo. Quando existem trocas de professoras, torna-se difícil que estas realmente integrem-se ao grupo e, por outro lado, exige que professora e alunas passem por um período de *reconhecimento*, quando começam a apreender as maneiras de ser de cada uma. A integração da professora pode facilitar a relação dialógica além de permitir estabelecer e avaliar estratégias de ensino-aprendizagem de mais longo prazo.

Uma das grandes vantagens do estágio é que, como trabalha com grupos menores, a professora pode conhecer melhor cada uma das educandas e, até certo ponto, individualizar o ensino, o que é, obviamente, dificultado pela troca de docente.

Em qualquer proposta de ensino que pretenda adotar uma postura dialógica, alunas e professora devem discutir a metodologia que será desenvolvida, devendo ficar claro quais são os objetivos e estratégias propostos e qual deverá ser a participação de cada uma no desenvolvimento das atividades. A disciplina, como parte de um curso, tem objetivos definidos em termos de conhecimentos e habilidades consideradas necessárias, o que não impede sua problematização, devendo o grupo procurar o entendimento de seu significado dentro do contexto do curso e da própria profissão. Além disso, o grupo pode acrescentar outros objetivos que julgar necessários e cada aluna é incentivada a estabelecer metas pessoais. Os objetivos da disciplina estão no anexo 2.

O que é comum a todas as atividades propostas é a ação-reflexão-ação, o que significa que a experiência concreta das alunas, durante o estágio, foi objeto de questionamento, de problematização, para permitir o desenvolvimento de um pensamento e de uma ação mais críticos. O grupo foi desafiado a procurar soluções para os problemas encontrados, que são de caráter prático, através de consulta à bibliografia que deve ser lida de forma crítica; as soluções encontradas foram contextualizadas e testadas. O objetivo maior não é que a aluna somente se aproprie dos conteúdos específicos, mas que desenvolva curiosidade crítica e um método de

trabalho baseado na ação-reflexão-ação. A professora deve agir como orientadora, mas é essencial que as alunas se assumam como sujeitos deste processo de conhecer.

As atividades planejadas para este período de estágio, e que podem ser modificadas de acordo com as necessidades e interesses do grupo, foram: assistência integral ao paciente internado; exercício de avaliação e evolução dos pacientes; exercício de coordenação do grupo; grupos de reflexão; relatório de atividades diárias. Além destas, são apresentadas como atividade opcionais: o exercício de treinamento de técnicas; visita ao centro cirúrgico; observação de consulta de enfermagem pré-operatória.

#### a) RELATÓRIO DE ATIVIDADES DIÁRIAS

Para cada turno de estágio a aluna apresentava um *relatório de atividades* contendo necessariamente uma *descrição da atividade desenvolvida* e uma *reflexão* sobre a mesma. Dependendo do tipo de exercício, realizado pela aluna, são sugeridos alguns aspectos que podem constar deste relatório, no entanto, o mais importante é que as alunas não se sintam restritas a um roteiro que *devem* seguir rigorosamente; cada uma pode e deve usar sua criatividade e originalidade, utilizando as sugestões apresentadas apenas como um guia que pode auxiliá-las no desenvolvimento do trabalho.

Ao realizar a reflexão, o mais importante é que a aluna questione suas ações, conhecimentos e sentimentos frente as situações vivenciadas. Para tanto pode ser útil avaliar suas facilidades e dificuldades frente a situação específica, o que mais a incomodou, o que a gratificou, suas dúvidas resolvidas ou não, as contradições percebidas entre suas crenças pessoais e a prática, as contradições entre a teoria estudada e a prática e estratégias utilizadas na busca de soluções para os problemas enfrentados.

Para facilitar a elaboração dos relatórios a aluna pode fazer anotações durante o turno registrando, com palavras-chave, os aspectos a serem analisados posteriormente. Este relatório é realizado de forma individual, mesmo quando a atividade for desenvolvida em dupla. A realização deste exercício tem como objetivos

básicos estimular o hábito de refletir sobre a própria ação e desenvolver a habilidade de escrever.

A proposta deste “relatório de atividades” está baseada em um trabalho de Waldow (1995) no qual a autora discute a utilização de várias estratégias para o desenvolvimento do pensamento crítico e, entre elas, a realização de um diário pessoal. Este diário pode tanto ser utilizado de forma livre, quando cada aluna escreve sobre o tema que escolher, ou com uma intenção, quando é solicitada a expressão de sentimentos relacionados com uma situação específica. Além de auxiliar no desenvolvimento do pensamento crítico, a realização desta atividade também ajuda no processo de auto-conhecimento, permite que a professora conheça melhor suas alunas e que estas últimas desenvolvam a habilidade de escrita.

Também Fonteyn e Cahill (1998) defendem o uso deste tipo de estratégia para o desenvolvimento do pensamento crítico. Segundo trabalho realizado pelas autoras, o registro das atividades com suas próprias palavras permite que a estudante adquira uma visão mais ampla de sua experiência prática e pode permitir o relacionamento da teoria e prática. Além disso, ao realizar este tipo de relatório, a aluna pode ir substituindo a percepção de sua experiência pessoal para a experiência *do paciente* e como ela afetou a vida deste paciente.

Apesar desta proposta ter sido discutida com o grupo, as alunas procuravam ler os relatórios das colegas e, depois, adaptavam os seus àqueles que julgavam melhores. Parece existir uma grande dificuldade em aceitar que não existe um *modelo*, uma forma *certa* ou *errada* de desenvolver uma determinada atividade.

Esta atividade realmente mostrou-se importante para o desenvolvimento do grupo. Ao redigir o relatório, as alunas precisavam refletir sobre o que haviam feito e isso lhes possibilitava modificar sua ação futura. Um exemplo disso foi apresentado por (A06) que descreveu uma situação de desrespeito a uma paciente criticando a atitude dos profissionais envolvidos e, algum tempo depois, veio me dizer:

- *Sabe porque eu fiquei tão aborrecida com isso? É porque eu não falei nada.*  
(A06)

Neste caso, a aluna conseguiu, mais do que criticar a conduta de outros profissionais, realizar uma auto-crítica percebendo-se como sujeito que participa dos

acontecimentos, mesmo quando se cala. Em outras oportunidades, (A06) foi capaz de manifestar seu pensamento para os membros da equipe de saúde.

De um modo geral, as estudantes de enfermagem desenvolvem várias atividades; estágios em duas ou três disciplinas, aulas teóricas, monitoria, projetos de pesquisa, trabalham. Assim, o seu dia a dia torna-se uma sucessão de tarefas a cumprir, havendo pouco tempo para a reflexão, o que pode contribuir para mecanizar suas ações, seu fazer. Escrever os relatórios tornou-se um momento importante de reflexão individual que permitiu às alunas repensar seu fazer.

Esta atividade conseguiu atingir os objetivos propostos, estimular a reflexão e desenvolver a capacidade de escrever, e o grupo foi unânime em reconhecer sua validade como se comprova pelas falas:

- *Por eu apresentar dificuldade em me expressar, acho que o relatório é muito importante, pois além de estar exercitando a escrita estou refletindo sobre o que eu fiz durante um determinado dia de estágio. (A06)*
- *O relatório é muito importante pois nos obriga a escrever, que é uma dificuldade que nós alunos temos (...) e também refletimos como foi o nosso dia (A07)*
- *Acho que esse item (reflexão) dá a oportunidade de nos expressarmos com relação aos nossos medos, inseguranças, as coisas que gostamos de fazer e aquilo que não gostamos. Acho que nesse comentário nos abrimos com relação ao nosso dia de estágio, e a professora também tem como nos conhecer mais um pouco e nos ajudar naquilo que mais precisamos (A01).*

Os relatos realmente permitem a professora conhecer melhor suas alunas e, então, traçar estratégias que possam auxiliá-las a superar as dificuldades encontradas, como afirmado por (A01). É importante, no entanto, notar que eles não devem ser utilizados como uma *arma* para descobrir eventuais erros das alunas pois, neste caso, tenderão a tornar-se padronizados e sem valor do ponto de vista do crescimento individual e coletivo.

## b) ASSISTÊNCIA INTEGRAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE INTERNADO

No início do turno de estágio, as alunas devem selecionar o paciente, ou pacientes, pelos quais ficarão responsáveis comunicando sua escolha ao professor.

Preferencialmente, esta atividade é desenvolvida em dupla, que decide como organiza o trabalho. A única exigência quanto a formação das duplas é a de que, semanalmente elas sejam mudadas.

Esta atividade inclui: a prestação de todos os cuidados necessários ao paciente durante o horário de estágio; a elaboração dos registros de enfermagem necessários incluindo evolução e prescrição; a consulta à bibliografia ou outra fonte para fundamentação teórica da assistência de enfermagem necessária àquele paciente específico.

No *relatório de atividades diárias* relativo a esta atividade deve constar o nome do paciente, uma listagem dos procedimentos e orientações realizadas e uma cópia dos registros efetuados, além da reflexão a respeito do desenvolvimento desta atividade.

A opção de desenvolver esta atividade em duplas, assim como a exigência de que as duplas fossem modificadas semanalmente, deve-se à necessidade sentida de valorizar o trabalho em equipe. O trabalho conjunto desenvolve a maturidade do grupo para conviver com as diferenças e organizar as atividades de forma participativa. A forma de organização das duplas levou à discussão sobre métodos de organização do trabalho, facilidades e dificuldades do trabalho coletivo.

Um ponto muito positivo, apontado pelas alunas, foi a possibilidade de partilhar os conhecimentos e habilidades embora considerem mais fácil organizarem-se quando estão trabalhando sozinhas. (A02) afirmou que a proposta inicial de, quando ficam em dupla, uma ficar lendo enquanto a outra presta os cuidados ao paciente, não foi possível pois *"as duas querem ver tudo e, então acabam fazendo tudo juntas"*. Mesmo a leitura durante o período de estágio era realizada pela dupla porque *"o que um não entendeu, o outro entendeu e a gente pode discutir junto"* (A06).

O critério utilizado para a seleção dos pacientes foi problematizado, procurando estabelecer sua relação com os objetivos de aprendizagem manifestados por cada aluna em particular. Além disso, este critério também indicou qual o conhecimento e/ou habilidade as alunas estavam buscando.

### c) EXERCÍCIO DE AVALIAÇÃO / EVOLUÇÃO DOS PACIENTES

Esta atividade pretende simular a visita diária da enfermeira a seus pacientes e, para realizá-la, a aluna deve procurar as informações que julgar necessárias nas fontes disponíveis (prontuário, livro de ocorrência, profissionais do setor), além de visitar os pacientes. Foi estimulada a observação das situações que podem exigir algum tipo de intervenção, como ansiedade relacionada a própria internação, procedimentos previstos, curativo úmido, mau posicionamento no leito entre outras. Sempre que for necessário ou oportuno, a aluna deve prestar a assistência necessária aos pacientes ou providenciar para que seja prestada, reforçando a idéia de que ao conhecimento, ou reconhecimento, deve unir-se a ação.

Para que esta atividade seja mais produtiva, a professora deve questionar a aluna quanto a situação do paciente e do próprio ambiente com o objetivo de desenvolver a capacidade de observação. Ao final do turno, será apresentado ao professor e demais colegas uma evolução de enfermagem de cada paciente.

Esta atividade tem como objetivos auxiliar as alunas a desenvolverem a habilidade de avaliação dos pacientes, além de permitir uma visão mais geral da unidade. Acredito que o exercício e discussão sobre avaliação de paciente hospitalizado, realizada ainda no bloco teórico, serviu como ponto de partida para a execução desta atividade.

Na avaliação das alunas, esta atividade, além de atingir os objetivos propostos, também mostrou-se eficiente para desenvolver a habilidade de comunicação.

### d) EXERCÍCIO DE COORDENAÇÃO DO GRUPO

Esta atividade é realizada individualmente e consiste em acompanhar o trabalho da enfermeira durante o turno de estágio, observar suas atividades e colaborar quando necessário. O relatório desta atividade deve ser realizado de forma criativa pela aluna, sugere-se que procure observar e classificar as atividades desenvolvidas pela enfermeira quanto ao seu caráter assistencial, educacional ou administrativo e também que analise quais as atividades que geraram satisfação na profissional e aquelas que provocaram insatisfação e desgaste. É importante que a aluna relate suas

percepções sobre as atividades que são desenvolvidas pela enfermeira, relacionando-as com suas próprias expectativas e com o que tem aprendido durante o curso.

Além de acompanhar a enfermeira, a coordenadora do grupo terá funções administrativas que são: organizar a saída de colegas para o lanche; reunir e revisar os prontuários utilizados pelos colegas ao final do turno de estágio certificando-se que foram realizados os registros necessários (evolução, registro de sinais vitais, volume de drenagens e outros); avaliar os pacientes cuidados pelos colegas, observando, entre outras coisas, as condições de curativo, punção venosa, frasco de drenagem; certificar-se que as colegas passaram o plantão aos auxiliares de enfermagem. A coordenadora do grupo assume, com relação às próprias colegas, o papel que, tradicionalmente, a enfermeira assume com relação às auxiliares de enfermagem.

O objetivo fundamental desta atividade é que a aluna tome contato com o trabalho concreto desenvolvido pela enfermeira, nesta unidade em particular, e possa começar a refletir sobre a profissão, não mais apenas a partir do discurso da academia, mas sim da realidade concreta observada. A problematização desta atividade não deve, de maneira nenhuma, girar em torno da competência ou incompetência da profissional observada. As condições concretas que condicionam o trabalho profissional é que são questionadas e, ao mesmo tempo, devem ser exploradas estratégias de enfrentamento desta realidade. É importante que as propostas, sugestões e críticas sejam constantemente vinculadas à realidade concreta e que o próprio fazer da aluna, enquanto sujeito de seu processo de formação, seja problematizado.

Apesar de algumas estudantes terem se sentido constrangidas em acompanhar a enfermeira em suas atividades, todas gostaram muito de realizar este exercício pois assim podem *"ver o que a enfermeira faz mesmo"* (A05). O saber e o fazer da enfermagem, e em particular da enfermeira, foi um tema que surgiu com muita frequência no grupo demonstrando sua preocupação com o trabalho que deverão desenvolver como profissionais.

#### e) EXERCÍCIO DE TREINAMENTO DE TÉCNICAS

Quando uma aluna sente necessidade, pode dedicar um turno de estágio exclusivamente para a realização de uma, ou algumas técnicas, com o objetivo de

desenvolver sua habilidade e destreza neste procedimento. Antes de realizar as técnicas deve ler sua descrição em fonte bibliográfica, que estará disponível, e discuti-la com o professor e outras colegas. Posteriormente, deve apresentar um relatório com a descrição e análise das atividades realizadas, limitações, sentimentos, reações, facilidades, dificuldades pessoais e materiais, sugestões para aperfeiçoamento.

A professora acompanha a aluna durante a execução de alguns dos procedimentos, de forma a poder apresentar sugestões e discutir dificuldades surgidas. Este exercício será feito exclusivamente por solicitação da aluna e só pode ser seu objeto técnicas que são comuns na unidade como curativo, punção venosa, preparo de soluções.

O objetivo deste exercício é permitir que, quando sentirem necessidade, as alunas desenvolvam sua destreza, mas deixando claro que executar técnicas e cuidar/assistir um paciente *não são* a mesma coisa já que estas são apenas instrumentos utilizados pela enfermeira para assistir/cuidar os pacientes/clientes.

Quando a enfermeira assiste/cuida de um paciente em pós-operatório, por exemplo, deve: avaliar suas condições específicas; determinar seu conhecimento sobre conduta neste período e orientar se necessário; estimular a realização de atividades que facilitem sua recuperação; descobrir o que sabe sobre os cuidados necessários após a alta e orientar se necessário; encorajar a família a participar do cuidado do paciente; estabelecer uma comunicação terapêutica; manter-se atenta e disponível, entre outras coisas. Ou seja, o processo de assistir/cuidar exige que a enfermeira conheça o paciente e sua situação atual para poder planejar um conjunto de atividades que o auxiliem a atingir o bem-estar.

Acredito que apresentar a destreza manual como uma habilidade que pode ser treinada sem que se cuide do paciente pode auxiliar a aluna a perceber que as técnicas são apenas instrumentos utilizados para o cuidar/assistir.

As alunas do grupo que acompanhei, mostraram-se interessadas em executar técnicas, em especial aquelas que não tinham tido oportunidade ainda de realizar, mas nenhuma manifestou o desejo de ficar um turno apenas executando técnicas.

#### f) VISITA AO CENTRO CIRÚRGICO

Esta atividade é opcional e pode ser realizada de forma individual, em dupla ou ainda em pequenos grupos. Preferencialmente, as alunas devem ir ao Centro Cirúrgico acompanhando um paciente da unidade com o qual elas tiveram contato no período pré-operatório. O relatório elaborado, além da descrição e reflexão sobre situação a vivenciada, deve incluir a percepção pessoal sobre as manifestações e sentimentos do paciente.

A importância deste exercício fundamenta-se na necessidade sentida e referida pelas alunas, que, muitas vezes, nunca entraram em um Centro Cirúrgico, de ter uma visão geral do peri-operatório principalmente para obter subsídios que as capacitem a fornecer orientações ao paciente em pré-operatório.

Todas alunas realizaram e aprovaram este exercício. O fato de acompanhar um mesmo paciente no pré, trans e pós-operatório permitiu ver o processo por ele vivenciado como um todo e isto foi considerado muito produtivo.

#### g) OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Essa atividade pode ser realizada em grupos de até 3 alunas devendo cada uma apresentar um *relatório de atividades de estágio individual*. Sugere-se que seja observada e analisada a comunicação/interação enfermeira/cliente, as reações e sentimentos manifestados pelo cliente e o provável “efeito” daquela consulta sobre o paciente.

A consulta de enfermagem para o paciente em pré-operatório foi inicialmente implantada como projeto de extensão desta disciplina. Atualmente, é realizada por uma das professoras desta disciplina de forma regular, inclusive durante o período não letivo, com a colaboração de monitores ou bolsistas voluntários. No momento, o número total de consultas não é suficiente para que todas as alunas possam realizá-la, especialmente quando o grupo é numeroso como neste caso.

#### h) GRUPOS DE REFLEXÃO

Neste grupo, as alunas e sua respectiva professora problematizam as situações vivenciadas no transcorrer das atividades de estágio; as situações a serem

abordadas tanto podem ser propostas pelas alunas quanto pela professora. Cabe a professora, no entanto, a tarefa de observar atentamente as atividades das alunas e trazê-las para discussão, principalmente aquelas situações que se tornam *uma rotina* no fazer do grupo. Isso quer dizer que a professora deve apresentar como problema as situações que, pelo menos aparentemente, são realizadas sem questionamento.

O objetivo principal desta atividade é desenvolver tanto o hábito e a habilidade de reflexão quanto a capacidade de discutir e argumentar respeitando as diferentes opiniões e colocando sua própria posição em dúvida. O trabalho coletivo é da própria essência da enfermagem assim como do processo de aprender, portanto, deve ser valorizado e, mais do que isto, precisa ser apreendido e aprendido por alunas e professoras, o que pode ser feito com a participação nesta atividade.

Durante esses encontros, foi avaliado o desenvolvimento do grupo, e da própria disciplina, para permitir a adoção de estratégias que permitissem alcançar os objetivos propostos. É importante que, frente a cada dificuldade, o grupo proponha estratégias que serão adotadas para sua superação e que, posteriormente, avalie o resultado obtido com esta estratégia. Esta avaliação formativa realizada em grupo permite o amadurecimento de uma atitude profissional quanto a avaliação do desempenho, permitindo a cada uma perceber e trabalhar com críticas de forma positiva, no sentido de crescimento e aprendizagem.

No final do semestre, a nota final de cada uma das alunas, exigência legal do curso, foi discutida e estabelecida pelo próprio grupo. Aliás seria um contra-senso se, durante todo o tempo, o grupo discutisse as dificuldades coletivas e individuais, propondo estratégias para sua solução, avaliasse a eficácia das estratégias propostas e, ao fim, apenas a professora tivesse a prerrogativa de atribuir uma nota.

Apesar da preferência das alunas por realizarem atividades práticas todas aprovaram o grupo de reflexão, considerando-o importante para seu próprio crescimento, como mostram as falas:

- *É indispensável para a continuidade do processo de ensino-aprendizagem. Aqui o grupo pode expor suas dúvidas, trazer situações polêmicas e buscar a solução coletivamente. Pode também debater sobre a patologia dos pacientes internados e os cuidados prestados por cada integrante do grupo.*

*É gratificante participar destas reflexões, pois o aluno cresce e aprimora seu conhecimento sobre a enfermagem. (A05)*

- *Mesmo as reuniões (grupo de reflexão), vai passar a tarde sentada, a gente não vem porque é obrigada. A gente até ultrapassa o horário porque a conversa é importante. (A02)*

É importante que as experiências concretas das alunas sejam tomadas como ponto de partida, como objeto de reflexão. O vivido é um terreno no qual as alunas sentem-se com autoridade para falar pois, de certa forma, lhes pertence. Discutir as razões de ser de suas ações, os fatores que as condicionam vai levando as alunas a adquirirem uma visão mais crítica do próprio fazer e permite a sistematização do conhecimento prático que possuem.

À professora cabe, a partir da convivência com as alunas e de uma observação sistemática, selecionar situações significativas para serem apresentadas ao grupo. É importante que exista um tema, um fato concreto que possa ser discutido para que a discussão realmente tenha início. Além disso, ela deve coordenar o grupo problematizando as afirmações das alunas de forma a que busquem de fato uma maior compreensão da realidade.

No transcorrer do estágio, com o estabelecimento de uma relação de confiança entre alunas e professora e o desenvolvimento de uma postura mais crítica, o grupo de reflexão torna-se mais produtivo e as alunas passam a trazer situações por elas escolhidas para a discussão.

A proposta para uma prática educativa, aqui apresentada, teve como mola propulsora minha preocupação com a formação das enfermeiras e seus reflexos na qualidade da assistência prestada à comunidade, no entanto, as atividades planejadas não garantem, por si mesmas, uma formação diferente da que tenho vivenciado. A forma como estas atividades são executadas é que determina seu real significado.

Tomo como exemplo o grupo de reflexão que tanto pode ser um espaço de crescimento individual e coletivo, de reflexão mesmo, quanto pode ser um espaço onde o docente imponha seu discurso aos educandos e a discussão limite-se a aparência dos fatos. A forma como esta atividade será conduzida é que realmente determinará seu significado.

Foi fundamentalmente para a condução desta proposta que busquei auxílio no pensamento de Paulo Freire. Na sua concretização, por exemplo, o conceito de diálogo ganhou importância, não como conceito mas como forma de relacionamento. Também a concepção de homem como ser inconcluso, portanto capaz de conhecer, que tem como vocação a própria humanização não pode ser simplesmente *estendido* pelo professor ao aluno. Na verdade, estas concepções precisam estar internalizadas, é preciso mais do que saber citá-las, é necessário senti-las como verdadeiras e torná-las parte mesmo de nossa prática, para que possam ser percebidas como verdadeiras pelas alunas.

O objetivo maior a ser perseguido nesta proposta, e na verdade em qualquer proposta, é a coerência de quem assume o papel de educadora; coerência esta que deve ser procurada e forjada na ação-reflexão-ação. Isto não significa que apenas a educadora terá importância ou influência, isto já seria negar as educandas como sujeitos, mas que, em face da autoridade formal que lhe é atribuída, e o poder que se atribui, sua conduta pode ter um papel determinante no processo. O que quero dizer é que os resultados obtidos não dependem exclusivamente da professora mas que, quanto mais autoritária for sua conduta, mais dominante ela será e que, para ser democrática, não basta ter um discurso democrático e apresentar atividades de ensino diversificadas, mas é indispensável ter um fazer democrático.

Portanto, a proposta apresentada foi experienciada, discutida, estudada, feita e refeita, pelos sujeitos que dela participaram, através do método de ação-reflexão-ação. Apesar da importância de respeitar seus pressupostos, sua intencionalidade, a cada nova experiência com diferentes sujeitos, esta proposta será novamente feita e refeita de acordo com a situação concreta de cada diferente grupo.

## RESUMO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS

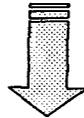
### BLOCO TEÓRICO INICIAL

REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS E OBSERVAÇÃO NOS CAMPOS DE ESTÁGIO

PROBLEMATIZAÇÃO DOS DADOS DA EXPERIÊNCIA CONCRETA

DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS TEÓRICOS

PROBLEMATIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS TEÓRICOS



### ATIVIDADES DE ESTÁGIO

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DIÁRIAS

ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE

EXERCÍCIO DE AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO

EXERCÍCIO DE COORDENAÇÃO DO GRUPO

EXERCÍCIO DE TREINAMENTO DE TÉCNICAS

VISITA AO CENTRO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

GRUPO DE REFLEXÃO

## **REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA VIVENCIADA**

Devido à própria dinâmica do trabalho realizado, a análise dos dados acompanhou todo o processo. À medida que observava as alunas durante suas atividades, fazia os registros no diário de campo e, no mesmo dia, complementava estes registros. A partir destes dados, planejava os aspectos ou situações a serem abordados no grupo de reflexão. Lia semanalmente os relatórios de atividades diárias que também apontavam para temas a serem discutidos. Ouvia e transcrevia as fitas gravadas durante as discussões do grupo de reflexão, logo após sua realização, o que trazia novos aspectos a serem acompanhados durante os estágios e novos temas a serem refletidos. Portanto, ao longo de todo o desenvolvimento do trabalho, fui realizando uma análise de dados que, em grande parte, foi compartilhada com os sujeitos do trabalho.

Após o término da disciplina, reuni todos os dados levantados durante seu desenvolvimento e os li e reli, para aprofundar a análise inicial. De posse destes dados, senti grande dificuldade em decidir como poderia apresentar a experiência vivida, de forma organizada e sistemática, sem reduzi-la excessivamente. O conjunto de dados obtidos representa de forma parcial a dinâmica das atividades de estágio que é complexa, repleta de detalhes significativos, onde diversos temas aparecem imbricados, interrelacionados. Cada situação, fala, acontecimento, está ligado a outras situações, falas, acontecimentos.

Boff, afirma que a complexidade é uma das características mais visíveis da realidade que nos cerca. "*Complexo é tudo aquilo que vem constituído pela articulação de muitas partes e pelo inter-retro-relacionamento de todos os seus elementos, dando origem a um sistema dinâmico sempre aberto a novas sínteses*" (Boff, 1997,75).

A ciência moderna, segundo este mesmo autor, reduziu o complexo ao simples, separando o que na realidade concreta vem sempre junto. O dualismo, característico desta ciência, “*vê os pares como realidades justapostas (...) pensa o esquerdo ou direito, o interior ou exterior, o masculino ou feminino. A dualidade, ao contrário, coloca e onde o dualismo coloca ou*” (Boff, 1997, p.74-75). Cita dualidades que são, de fato, dimensões da uma realidade complexa como fato e idéia, história e utopia, necessidade e desejo.

Em um trabalho não é possível focar todos os múltiplos aspectos da realidade. No entanto, o fato de privilegiar alguns aspectos, não deve levar à presunção de que eles excluem outros. O sentido de inclusão, que substitui o *ou* pelo *e*, orienta a própria análise aqui apresentada.

Como proposto inicialmente, a observação e discussão de como acontece a comunicação das alunas com os pacientes e professora, e de que tipo de conhecimento buscavam foi um caminho adequado para apreensão da dinâmica do processo de ensino-aprendizagem. Os aspectos destacadas no delineamento do trabalho serviram para que, a partir da leitura exaustiva, os dados obtidos fossem agrupados, sendo mantidos os quatro grandes temas que, para fins de apresentação, denominei como: comunicação entre aluna e professora, comunicação entre aluna e paciente, ensinar e aprender enfermagem e o trabalho da enfermagem.

Devido à relevância que a comunicação apresenta para o entendimento dos diversos temas, e do próprio processo de ensinar-aprender e cuidar/assistir, é que apresento inicialmente a concepção de comunicação que orientou a análise deste trabalho. Logo a seguir, apresento a análise de cada um dos temas delimitados.

No mundo moderno, a comunicação ganhou o “*status*” de ciência devido a sua relevância e complexidade e, quando nos referimos a ela, geralmente lembramos dos meios de comunicação de massa, em especial a televisão. É inegável a influência que esses meios exercem nos hábitos, valores e ações dos indivíduos, mesmo sem que isso seja o seu objetivo expresso.

A comunicação, no entanto, não é simplesmente o objeto de estudo de cientistas, não são apenas os especialistas que sabem comunicar-se. Ela é, na verdade, parte essencial da própria vida humana. Nós somos seres de comunicação, que

acontece a cada momento, no dia a dia, nas interações que continuamente mantemos uns com os outros.

*Processo tão natural como respirar, beber água ou caminhar, a comunicação é a força que dinamiza a vida das pessoas e das sociedades: a comunicação excita, ensina, vende, distrai, entusiasma, dá status, constrói mitos, destrói reputações, orienta, desorienta, faz rir, faz chorar, inspira, narcotiza, reduz a solidão e – num paradoxo digno de sua infinita versatilidade – produz até incomunicação (Bordenave, 1993, p.9)*

Freqüentemente relacionamos comunicação com o falar, e a habilidade de comunicação com a de expressar-se verbalmente, mas grande parte das mensagens que enviamos e recebemos não são verbais. Pode-se dividir a comunicação em três tipos distintos: a verbal ou lingüística, a não verbal ou não lingüística e a paraverbal ou paralingüística. A entonação da voz, o ritmo da fala, as pausas, o choro estão entre os sinais paralingüísticos, ou paraverbais, que utilizamos. A comunicação não verbal pode ocorrer de diferentes formas incluindo: a linguagem do corpo (cinésica); a relação de proximidade estabelecida (proxemia); as características físicas dos indivíduos, incluindo seus objetos de uso pessoal; a comunicação tátil (tacésica); os fatores do meio ambiente assim como cor, forma e tamanho do ambiente e a disposição de objetos (Silva, 1996).

Baseada em estudos de Edwards, Brillhart e Birdwhistell, Silva (1996) afirma que somente 7% dos pensamentos são transmitidos de forma verbal, 38% por sinais paralingüísticos e 55% pelos sinais do corpo. Este dado é especialmente importante quando lembramos que grande parte da comunicação não verbal ocorre de forma inconsciente. Segundo Sampaio, a comunicação não-verbal "*é um processo predominante de exteriorização do ser psicológico*" enquanto que a comunicação verbal é um "*processo de exteriorização do ser predominantemente social*" ( Sampaio, 1991, p.12).

Quando refletimos sobre nossa experiência diária, fica claro que interpretamos as mensagens não-verbais e paralinguísticas recebidas e agimos de acordo com esta interpretação. Qualquer criança reconhece a zanga no tom de voz de sua mãe; quando encontramos alguém de "*cara fechada*", imaginamos que está aborrecido ou preocupado; acenos de cabeça podem indicar concordância com o que outra pessoa está dizendo ou fazendo; passar a mão na cabeça de um amigo pode ser

um gesto de conforto; mantemos uma certa distância quando estamos falando com um desconhecido e outra quando com um amigo. Neste último caso até as palavras para indicar o grau de amizade, “próximo”, “chegado”, estão relacionadas com a distância mantida, na maior parte das vezes, de forma inconsciente. Esta linguagem não verbal é socialmente aprendida e seu significado é variável de acordo com a cultura.

Nem sempre nossas ações, nossos gestos e expressões são coerentes com nosso discurso e muitas vezes o contradizem. Por exemplo, podemos afirmar a um paciente que estamos interessadas em ouvi-lo, mas, ao mesmo tempo, olhamos freqüentemente para o relógio, mantemos o corpo virado em direção à porta, olhamos anotações que já trazíamos conosco, mantemos pequeno contato visual com este paciente. Muito provavelmente esta pessoa pouco falará, reconhecendo que, na verdade, não estamos interessados em ouvi-la.

O que comunicamos nas nossas relações interpessoais está ligado, portanto, ao que falamos, como falamos, o que calamos, o que fazemos, como fazemos, como nos vestimos, enfim, toda nossa forma de ser e agir junto aos outros é uma forma de comunicação.

Todas as pessoas sabem como comunicar-se, embora não tenham consciência disto, e utilizam este conhecimento para interagir com o mundo e as outras pessoas. A própria vida em sociedade não seria possível se as pessoas não fossem capazes de enviar e receber mensagens e atribuir significado a estas mensagens.

Professoras e enfermeiras são profissionais que utilizam a comunicação como instrumento de trabalho e, portanto, precisam conhecer e dominar o uso tanto da comunicação verbal quanto da não verbal, não só para se expressarem mais adequadamente como para entenderem melhor as mensagens enviadas por alunas e pacientes. Tanto umas como outras devem saber utilizar a comunicação para atender seus objetivos profissionais e, para tanto, é importante procurar determinar o que e como comunicamos, principalmente o que o nosso fazer comunica.

A comunicação entre alunas, professoras e pacientes durante o desenvolvimento das atividades de estágio, embora apresentadas de forma separada, representa um todo, necessariamente complexo, onde os diversos atores influenciam-se mutuamente. A comunicação entre professora e aluna, por exemplo, pode

influenciar na comunicação entre aluna e paciente; a comunicação entre professora e paciente pode influenciar a comunicação entre alunas e pacientes; Além disso, a comunicação mantida entre alunas e outros membros da equipe também podem afetar sua comunicação com os pacientes e professora e assim sucessivamente.

## 1.COMUNICAÇÃO ENTRE ALUNA E PROFESSORA

Observar a comunicação entre aluna e professora significa observar as mensagens que elas permutam considerando que ambas são emissoras e receptoras, que agem, reagem e interagem. Portanto, o importante não é apenas o que a aluna ou a professora dizem, mas o tipo de relacionamento que é construído a partir do tipo de comunicação estabelecida.

A comunicação é sempre uma via de mão dupla: uma mensagem é codificada e enviada por um receptor, através de um canal, e é recebida por um receptor que a decodifica. A posição do receptor não é de apenas *receber* a mensagem, ele lhe atribui um significado e age em função deste entendimento. Mesmo quando resolve calar-se, o receptor está reagindo de uma determinada maneira à mensagem enviada, a comunicação também pode ser usada para silenciar as pessoas.

A forma como se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem está profundamente ligada ao tipo de comunicação estabelecido. No que Freire chama de *educação bancária*, a professora fala e a aluna escuta. Quando solicitada, a aluna responde as questões feitas pela professora. Com seu discurso, sua postura, seu modo de agir, a professora vai mostrando que ela é aquela que sabe enquanto a aluna é aquela que não sabe. Neste tipo de relacionamento, a aluna é percebida como objeto no processo de ensinar e aprender.

Uma educação libertadora exige o estabelecimento de um diálogo verdadeiro e de uma relação onde tanto a aluna quanto a professora são sujeitos. Neste caso, ambas têm conhecimento, que é diferente, e procuram conhecer mais e melhor. Esse tipo de educação tem como objetivo fundamental a humanização de homens e mulheres que é, segundo Freire, sua vocação ontológica.

Desde o primeiro contato com o grupo de alunas, foi apresentada a proposta do desenvolvimento da disciplina de forma participativa, no entanto uma

relação dialogal não pode ser *imposta*, pois então já não seria dialogal, mas deve ser construída na interação entre sujeitos. Embora as alunas tenham, no início das atividades, aprovado a proposta, foi necessário um maior tempo de relacionamento para que fosse estabelecido um diálogo verdadeiro.

No fim do período previsto para o bloco teórico, foi combinado o dia e horário em que iniciariamos as atividades de estágio. Como estas atividades são realizadas em pequenos grupo, e por um período relativamente longo, permitem uma maior interação entre alunas e professoras, constituindo-se um espaço privilegiado para observar a comunicação estabelecida entre as diversas participantes do grupo.

No primeiro dia de estágio com o pequeno grupo combinei com as alunas como este seria desenvolvido durante a primeira semana e que, no quarto dia de atividades, discutiríamos a proposta da disciplina e como elas se sentiram durante este período. Todas concordaram tendo uma afirmado que:

- *Assim é melhor porque aí a gente já tem mais o que falar (A06)*

As alunas não fizeram perguntas, aceitaram todas minhas sugestões e não tomaram nenhuma decisão, nem mesmo a de definir as duplas para desenvolver atividades. Eu, por outro lado, aceitei esta postura e decidi como seriam formadas as duplas e como seria desenvolvida esta primeira semana na unidade de internação. Note-se que aqui, apesar da proposta de um trabalho participativo ter sido apresentada e aprovada, não houve um diálogo verdadeiro e as alunas colocaram-se na posição de objetos, uma vez que aceitaram que a professora decidisse o que deveria ser feito, até mesmo como seriam formadas as duplas que prestariam cuidados diretos aos pacientes.

Apesar de estarmos iniciando uma atividade que, geralmente, é acompanhada de ansiedade, aparentemente, não haviam dúvidas nem dificuldades. As alunas limitavam-se a perguntas relacionadas aos procedimentos assim como: troco o soro? Faço curativo? Esvazio a bolsa de colostomia?

Quando a professora responde a este tipo de questionamento apenas com sim ou não, está estabelecido um diálogo que pode ser chamado de *funcional* cujo objetivo é a realização de um trabalho prático (Dimbley & Burton, 1990). As alunas estão cumprindo com sua tarefas, ou seja, realizando os procedimentos, assim como a

professora cumpre a sua, dizendo às alunas o que deve ser feito. Ao decidir se uma bolsa de colostomia deve ou não ser trocada, por exemplo, a professora está utilizando uma série de conhecimentos e informações que lhe permitem chegar a esta decisão. No entanto, quando apenas diz a aluna para realizar ou não o procedimento, todo o processo de decisão permanece oculto, não é partilhado, dificultando ou impossibilitando sua apreensão pela estudante. Este tipo de comunicação abre possibilidades para muitas interpretações quanto as razões pelas quais a professora tomou determinada decisão que, não sendo discutidas, podem levar as educandas a, futuramente, frente ao mesmo tipo de situação, decidirem com base apenas no senso-comum.

No dia a dia de estágio, com freqüência, surgem situações nas quais torna-se necessário o uso de uma comunicação funcional para permitir a execução de atividades que não podem ser postergadas, só que esta não deve se tornar um padrão adotado em todo o processo de ensino-aprendizagem.

Uma relação dialógica inclui a utilização de uma comunicação funcional em determinados momentos, mas não exclui a possibilidade de discussão, de questionamento, de dúvida. O que deve ser garantido é o espaço no qual as situações vivenciadas possam ser problematizadas, onde as decisões da professora sejam questionadas, onde seja possível explicitar o que havia permanecido oculto. Acredito que a professora deve permanecer atenta para que o uso da comunicação funcional não se torne uma rotina e passe a ser utilizada em todo processo de ensinar e aprender.

Como professora, tomava a iniciativa de explicar algum ponto, de orientar cuidados que deveriam ser realizados. As alunas limitavam-se a receber as informações, não questionando sobre o cuidado/assistência prestado aos pacientes, nem sobre as rotinas da unidade. Acredito que esta fase inicial pode ser caracterizada como de *reconhecimento*. Enquanto eu observava o grupo, com o objetivo de conhecê-lo melhor, procurando interferir o menos possível em suas atividades, as alunas me observavam para tentar saber o que era esperado delas.

Depois de três dias de estágio, foi feita a primeira reunião do grupo para reflexão e, então, apresentei às alunas as situações vivenciadas questionando sua

postura de não perguntar. Inicialmente, o grupo mostrou-se pouco a vontade e, em seguida, apresentou sua experiência em outras disciplinas como explicação:

- *A gente começou a fazer estágio, eu não fiz estágio voluntário, tem coisa que esquece, dá vontade de perguntar se é assim mesmo, ou não, mas...(A07)*
- *É, parece assim que, se tu perguntar, é porque tu não sabia. (A04)*
- *É. Aí o professor diz: como é que tu não sabe isso aí? (A07)*
- *A gente veio assim de um esquema de estágio muito controlador(...) essas idéias que provavelmente a gente teria antigamente, não tem mais... Não pode vir sem saber as coisas, a gente tinha que saber tudo... A gente tinha uma noção do que era para fazer, mas saber exatamente, a gente não sabia. A gente tava aqui prá aprender e era cobrado como se soubesse (A01)*

As alunas não fazem questões durante o estágio porque acreditam que “já tem que saber”. A pergunta certamente é originada pelo desconhecimento, ou pela dúvida, no entanto o objetivo de uma atividade educativa é aprender o que não se sabe e, portanto, a dúvida deve ser estimulada e não reprimida. Além disso, qual é a função do estágio? Se a aluna já deve saber fazer tudo, então ele não tem função. Se serve para que a aluna aprenda, desenvolva algumas habilidades, então não podemos partir do princípio que ela já tem que saber.

Também a forma como era realizada a supervisão em outros estágios, nos quais as alunas não podiam realizar nenhum procedimento sozinhas, gerou uma sensação de insegurança.

- *Agora a gente tem liberdade também de ficar sozinho com o paciente, os professores já tem mais confiança na gente. Já é diferente ... Eles não tinham muita confiança. Diziam: não, vai lá, mas espera lá que eu já vou. Não vai fazer. Eles não tinham muita confiança, agora não, dizem vai, vai lá. (A04)*
- *Como o professor tem confiança na gente, a gente ficou com mais confiança de fazer uma atividade. A gente ficou mais segura.(A02)*
- *É, só pelo fato de tu (professora) dizer: não pode ir (A04).*
- *A gente pensa, tá confiando em mim, então... (A02)*
- *Por ultimo até a gente ficava (sozinho), mas era muito difícil, sabe. Até para fazer uma medicação, táva ali em cima...(A04)*
- *Se perguntasse, não gostavam muito, não é? (A02)*
- *É, aí a gente perguntava: posso fazer? Não espera aí, me espera lá que eu já vou. Era muito em cima da gente. (A04)*

As alunas estão referindo-se a realização de técnicas, como curativo e administração de medicamentos, que não podiam fazer sozinhas. Associam o desenvolvimento da auto-segurança com a *confiança*, ou *desconfiança* que as professoras demonstravam colocando-se como objetos nesta relação.

A situação apresentada é bastante conflitiva, e contraditória, pois, a aluna não se sente segura para verbalizar suas dúvidas, nem a professora sente-se segura para permitir que esta faça procedimentos sozinha. Uma, sem poder *dizer* que não sabe, acaba *fazendo* o que não sabe, a outra, não estimulando a pergunta, acaba constatando o *não saber* durante a execução dos procedimentos o que justifica sua *desconfiança* inicial.

Este tipo de impasse pode ser solucionado através de uma relação dialógica em que aluna e professora encontrem-se como sujeitos responsáveis pela construção do conhecimento e que tem um compromisso com o bem-estar do paciente. A aluna, como sujeito, deve reconhecer suas dúvidas e inseguranças procurando auxílio sempre que necessário. A professora deve estimular o questionamento das alunas auxiliando-as a solucionar suas dificuldades.

Mesmo que o objetivo das professoras das disciplinas citadas seja diferente do percebido pelas alunas, o que estas percebem como real *é real* para elas. Daí que o método de ensino usado não esteja mostrando-se realmente educativo. O *já ter que saber* parece levar as acadêmicas a uma postura de não perguntar, de apenas fazer o conhecido, escondendo seu *não saber*, o que certamente não é uma atitude que possa levar à aprendizagem e nem a um bom desempenho profissional. Como "*se tu perguntar é porque tu não sabia*" então a aluna não pergunta mais nada, nem aquilo que não *deveria saber* porque ainda não foi objeto de estudo, como pude observar.

O pior é que esta tática está desconsiderando o compromisso que se deva ter com o paciente; as alunas estão cuidando de pacientes mesmo sem saber os cuidados necessários. As atividades são executadas para atender aos desejos da professora e não para desenvolver o ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, a competência profissional indispensável para o exercício da profissão. É necessário que as educandas reconheçam seu compromisso com a construção do próprio

conhecimento e com a atividade que executam agora e, futuramente, como profissionais.

Neste movimento, o paciente deixa de ser o foco das ações, embora possa ser o do discurso. Professoras e alunas, neste jogo, estão fazendo com que os interesses do paciente estejam colocados em segundo plano, e que o saber, ou o aparente saber, seja um fim em si mesmo, que tem como objetivo obter a aprovação na disciplina.

Preocupa-me o efeito que esta conduta pode ter sobre a atividade futura destas acadêmicas. Será que, como enfermeiras, estas alunas continuarão escondendo seu *não saber*? Como profissionais também continuarão a não buscar o conhecimento necessário para o desempenho de suas atividades? Talvez, esta forma de desenvolver o ensino se prolongue em uma forma de desenvolver a atividade profissional onde se trabalha com a aparência, ou com o que os outros querem. Vai-se construindo uma imagem sobre o cuidado ao paciente que, na sua execução, não exige conhecimento mas apenas que não se demonstre que não sabe? A consciência de que *não sabe* vai sendo escamoteada?

O grupo foi estimulado a perguntar e, ao mesmo tempo, eu questionava o seu fazer procurando ouvir e entender suas razões. Foi combinado que, mesmo durante o horário de estágio, as alunas poderiam consultar a bibliografia para melhor planejar e executar a assistência/cuidados aos pacientes.

Com a continuação das atividades, lentamente, a comunicação estabelecida foi modificando-se, as educandas passaram a questionar, a explicitar o que não sabiam, verbalizar sentimentos e apontar preferências. No entanto, a dependência em relação à opinião da professora ainda se fez sentir em diversos momentos. Assim, por exemplo, ao realizar o exercício de avaliação e evolução dos pacientes a aluna perguntou:

- *Posso olhar três prontuários e ir visitar os pacientes, aí voltar e olhar outros três? Porque acho que assim fica mais fácil. (A02).*

Embora já tivesse sido combinado que cada um deveria organizar seu trabalho da forma que julgasse adequada, as alunas sentiam necessidade de obter aprovação para suas ações. Da mesma forma, com grande frequência, o grupo solicitava minha avaliação sobre suas atividades não contentando-se com discutir em grupo.

- *Eu queria saber assim, a gente só tem mais uma semana de estágio, né. Eu queria saber assim, não digo em termos de avaliação tipo nota, mas o que tu acha que a gente poderia melhorar, entendesse? Se tu acha que tá bom, mas mesmo estando bom tem coisas a mais (...) porque a gente pode achar que tá ótimo e tá faltando um monte de coisas. (A02)*
- *A senhora sempre pergunta como a gente acha que está, mas a gente queria saber como a senhora acha que nós estamos. (A06)*

Quando lembrei a esta aluna, (A06) que nós havíamos acabado de discutir algumas dificuldades enfrentadas pelo grupo, tanto sobre a técnica de curativo quanto com a comunicação com o paciente esta disse que:

- *Pois é, mas a senhora é muito observadora; se deu conta de umas coisas que eu nunca tinha percebido. Não é pela nota não, é só para a gente saber como está e poder melhorar. (A06)*

As alunas não parecem entender as discussões a respeito das dificuldades encontradas como uma forma de avaliação embora nelas eu colocasse a minha percepção e entendimento sobre as atividades desenvolvidas. Talvez a apresentação das situações vividas, para depois problematizá-las, procurando novas formas de ação esteja distante do que entendem por avaliação.

Acredito que seja importante a professora não ceder a tentação de realizar uma avaliação unilateral, assim como não pode omitir-se neste processo. Cada uma deve apresentar sua opinião, discuti-la e justificá-la. Numa relação dialógica, os sujeitos não se anulam, respeitam-se, não se calam, falam e ouvem, mantêm sua individualidade participando do grupo. As alunas não devem ficar dependentes da opinião da professora, mas este, aparentemente, é um aprendizado bastante longo.

O papel da professora não será o de calar-se, mas sim o de trazer seu conhecimento e experiência para o grupo, problematizando as situações vividas auxiliando as alunas a construir e sistematizar seu conhecimento. Sua ação mediadora é fundamental justamente para evitar que o grupo permaneça a nível da 'doxa', trabalhando apenas com o senso-comum. A importância desta presença do professor no processo foi evidenciada quando o grupo discutiu o desenvolvimento da disciplina declarando que se sentiram mais tranquilas depois que eu havia discutido os erros e dificuldades observados.

- *A partir do momento que eu vi que a professora colocou aquilo pra mim, que eu tava fazendo uma coisa errada e, mesmo assim, a professora*

*procurou que eu enxergasse o que tava errado, eu passei a confiar muito mais em fazer as coisas, sabendo que o que eu tivesse fazendo errado a professora iria falar pra mim, né? (A03)*

Na situação citada, foram discutidos os princípios que orientam a técnica de curativo, e esta aluna em particular demonstrou conhecimento e compreensão, apesar de ter executado o procedimento de forma incorreta o que, segundo ela, pode acontecer devido a ansiedade:

- *Talvez porque a gente se preocupe tanto que não acaba se dando conta do erro. (A03)*

O fato de ter cometido um erro na execução de determinado procedimento não significa necessariamente que a aluna não domine os princípios que o orientam. A dificuldade de enfrentar um paciente concreto, que é de carne e osso, principalmente quando observado por uma professora, pode dificultar que este conhecimento teórico se concretize na prática. Retomar a técnica como objeto a ser conhecido e reconhecido, discuti-la, respeitando a aluna como sujeito, pode levar a resultados mais compensadores do que somente apontar o erro enfatizando a incompetência e ignorância da aluna. Neste caso específico, devido a forma como o fato foi tratado, a estudante pode aceitar o seu erro e, ao mesmo tempo, mostrar que possui conhecimentos e, em outras ocasiões, mostrou-se capaz de discutir e executar outras técnicas de forma tranqüila, procurando auxílio quando julgava necessário.

Se inicialmente as alunas evitavam fazer perguntas e, depois, a comunicação tinha um caráter funcional, com o maior contato entre alunas e professora, foi estabelecendo-se um outro tipo de interação. Esta mudança, no entanto, foi bastante sutil e manifestou-se mais claramente nas pequenas conversas ocorridas durante o desenvolvimento das atividades quando, por exemplo, a aluna começou a manifestar seus sentimentos:

- *É o primeiro abocath que eu consigo passar. A senhora viu como eu táva nervosa? Eu já tinha tentado outras vezes mas não tinha conseguido (...) mas hoje eu me disse: vou conseguir, vou conseguir. (A06)*

A verbalização de sentimentos humaniza a relação de ensino-aprendizagem e permite que se reconheça que sua existência é compatível, tanto com a aprendizagem quanto com uma atividade profissional.

Esta mesma aluna, em outra oportunidade, iria realizar uma sondagem vesical e, ao reunir o material, sentiu falta de um pacote de curativo e, quando afirmei que este procedimento pode ser realizado utilizando apenas o material da “bandeja de sondagem”, respondeu:

- *Eu sei. A enfermeira do SPA (Serviço de Pronto Atendimento) me ensinou a fazer assim mas eu acho mais difícil.(A06)*

Nesta situação, a aluna foi capaz de estabelecer sua preferência quanto ao material a ser utilizado em uma determinada técnica e afirmar o seu saber. A informação que fiz foi entendida exatamente assim, como uma informação, e não como uma ordem.

A experiência com este grupo mostrou que a forma como o erro é trabalhado é o mais importante, ou seja, o grupo não se importava que suas dificuldades e erros fossem discutidos, já que isto não as fazia sentirem-se incompetentes. Na verdade, isto lhes trouxe mais segurança para realizar as atividades, especialmente as que envolviam o contato com os pacientes. Deste modo, a observação realizada pela professora assumiu outro significado, não mais de fiscalização mas de acompanhamento. As orientações dadas foram entendidas com o sentido que realmente tinham, de desenvolver a aprendizagem e, ao mesmo tempo, assegurar um cuidado adequado e seguro aos pacientes.

- *Quando a senhora começou a falar, tipo o curativo da A03, que eram coisinhas assim a gente viu assim: ela presta atenção, ela pode ficar quieta mas ela tá sempre assim (observando), sempre nos olhando. Esse nos olhando nos deixou seguras prá fazer as coisas, porque a gente sabia que, se tava errado, a senhora ia nos dizer depois, né? (A06)*
- *Até a maneira, eu acho assim, durante os procedimentos (...) aquele jeito de chegar e dizer: quem sabe tu faz dessa maneira? Aí tu te flagra: tá errado. Não é dizer: não, tá errado. A senhora não é assim rígida; a senhora tem um jeito de falar, de nos mostrar que não é assim, que pode melhorar. (A04)*
- *E dá mais vontade da gente aprender.(A06)*

A comunicação pode servir, entre muitas outras coisas, para confirmar ou desconfirmar a auto-definição e auto-imagem de uma pessoa. O que mais desconfirma é a comunicação que demonstra indiferença com a existência do outro, quando não há respeito pelos seus significados, intenções e motivações. Assim,

confirmar não implica em apenas aceitar tudo o que o outro afirma ou faz mas valorizá-lo como um ser humano (Bordenave, 1993.)

É na forma como estabelece a comunicação com a aluna que a professora pode confirmá-la como ser humano. Quando a professora reconhece tanto o conhecimento quanto o desconhecimento da aluna, apresentando o *não saber* como aquilo que pode ser apreendido, e não como incompetência ou desinteresse, pode estabelecer uma comunicação que confirme esta aluna.

A professora autoritária desconsidera a possibilidade da aluna ser sujeito, a torna objeto no processo de ensinar e, assim, impossibilita o diálogo. A professora que, por outro lado, limita-se a aceitar as afirmações e o fazer da aluna sem nunca apresentar seu acordo ou desacordo, também não valoriza seu saber e fazer e também limita o diálogo.

Provavelmente o exemplo mais claro sobre a percepção do papel da professora tenha aparecido em um relatório de atividades diárias. A aluna havia prestado assistência a um paciente em estado grave, que apresentava períodos de apnéia durante os quais era necessário aspirá-lo. Ao refletir sobre esta experiência descreve sua ansiedade e preocupação e diz que:

- *Foi gratificante cuidar do seu Carlos (...) foi gratificante também ter sido acompanhada e supervisionada pela professora que reconhece as dificuldades que o acadêmico enfrenta. (A05)*

Interessante a colocação da aluna de que a professora *acompanha e supervisiona*, como se estas fossem coisas diferentes. O termo supervisão adquiriu uma conotação de controle, fiscalização; quem supervisiona está procurando detectar erros e garantir o correto desempenho das tarefas. A supervisora pertence a um nível hierárquico superior, tem o poder de mandar. No falar das alunas pode-se observar que professora supervisiona, as colegas acompanham.

Acredito que, quando a estudante disse que foi *acompanhada e supervisionada* estava demonstrando reconhecer que a professora não é alguém que tem por objetivo apenas *controlar e descobrir* os seus erros, é alguém que pode ajudá-la no enfrentamento de situações complexas com o objetivo de desenvolver um processo de ensino-aprendizagem. Por outro lado, estava aceitando que faz parte da

atividade da professora supervisionar suas atividades mas que isto não é, necessariamente, ameaçador.

O grupo manifestou, em muitos momentos, uma certa desconfiança quanto a real intenção das docentes. Demonstraram entender a supervisão do estágio principalmente como um instrumento para, ao final da disciplina, a professora poder dar uma nota. Quanto maior for esta desconfiança, maior será a ansiedade das alunas ao serem observadas. Também aqui, à medida que a professora se toma presente, de forma dialógica, no processo de ensino-aprendizagem, menos energia será gasta para *mostrar que sabe* e mais poderá ser utilizada para realmente aprender.

As experiências anteriores das alunas, o que elas já aprenderam a respeito da relação aluna-professora, condicionam sua percepção do novo momento vivido, como mostram claramente as falas:

- *A senhora é tão calma com a gente que eu chegava a desconfiar (risos e concordância das demais). Eu disse pra (A05): ela me deixa nervosa, será que ela é assim mesmo? Porque a gente tá acostumada com o professor tratar uma coisa mas no final foi outra (...) Então a gente ficou meio assim, com o pé atrás (...) a gente sempre com aquela preocupação, quando não era eu, era a (A02), perguntando da avaliação, como é que ia ser. (A06)*
- *Tinha aquela preocupação assim de avaliação e até no dia que o grupo se reunia e tu dizia que o grupo tá bom, isso é que me preocupava. Porque eu já tive a oportunidade de ver o professor dizer que o grupo tá bom e os alunos rodaram. Então a gente fica assim, tem um pouco de pé atrás, mas conforme o primeiro dia que tu falou dos curativos, aquilo ali foi bom porque, se de saída, ela já detectou o problema e já trouxe pro grupo, pra solucionar e explicar aquilo ali, é sinal que o que vai aparecendo ela vai falar, não vai rodar. Só chegar no último dia e dizer: olha tu vai tirar cinco porque tu não sabia fazer curativo, tu não sabia isso, aquilo. Não, conforme as coisas vão aparecendo tu fala, até as coisas boas. (A02)*

É extremamente preocupante esta percepção das alunas de que a professora fica observando e guardando os erros para, ao final da disciplina, atribuir uma nota a partir do não saber da estudante. Por esta razão é que o grupo, no início do estágio, mostrava-se reservado, pouco perguntando e insistindo que eu realizasse uma avaliação. É possível desta forma entender também porque a discussão dos problemas encontrados foi tão positiva, porque então souberam que eu não ia *“chegar no último dia e dizer: olha tu vai tirar cinco porque tu não sabia fazer curativo, tu não sabia isso, aquilo”*.

O diálogo verdadeiro exige que os interlocutores saibam escutar. O importante no ouvir as alunas não é determinar se é verdade ou não o que afirmam, mas sim perguntar-se como o método utilizado pode levá-las a ver a situação de ensino-aprendizagem de uma determinada forma.

No processo comunicativo, a recepção é um local privilegiado de estruturação do significado, já que existe mais de uma leitura possível de uma mesma mensagem. Embora a idéia predominante de recepção seja a de um processo individual, pode haver uma recepção formada por grupos onde os significados das mensagens são negociados através dos comentários, do gestual, da intervenção, ou não, do grupo receptor (Leal, 1995).

As alunas certamente compartilham suas experiências, reclamam, elogiam, queixam-se, fazem interpretações, enfim, vão construindo, de forma individual e coletiva, o significado das experiências acadêmicas que viveram. Este processo pode influir na forma como são percebidas as atividades de ensino-aprendizagem e as atitudes das professoras. Da mesma forma, algumas palavras podem adquirir uma determinada conotação, embora possam ser usadas com outra intenção pelas docentes, gerando uma barreira à comunicação.

Conhecer o significado atribuído pela estudantes às suas experiências exige uma escuta atenta de sua fala e é indispensável para que possa estabelecer-se uma relação dialógica e estratégias para superação das dificuldades encontradas. As professoras, nesta relação, estão, ou deveriam estar, agindo como profissionais que têm o compromisso de desenvolver, de forma sistemática e consciente, a habilidade de comunicação que é essencial para a concretização de seus objetivos.

O grupo manifestou, como já apresentado, preocupação em como seria a avaliação ou, mais especificamente, em como eu daria a nota. Contraditoriamente, apesar de desconfiarem da seriedade com que esta nota seria dada, relutaram muito em assumir, como grupo, a responsabilidade de atribuir a nota de cada uma.

No primeiro encontro do grupo de reflexão, ficou estabelecido que, nas reuniões seguintes, seria sempre avaliado o desenvolvimento da disciplina e que, além disso, cada aluna deveria fazer uma auto-avaliação para então planejarmos,

conjuntamente, formas de superar as dificuldades encontradas. Esta proposta foi prontamente aceita mas, logo em seguida, uma das estudantes perguntou como seria realizada a avaliação delas, referindo-se a como eu atribuiria a nota final exigida pela Universidade.

Perguntei o que achariam do grupo avaliar cada uma das participantes, atribuindo uma nota e as alunas foram francamente contrárias a esta idéia.

- *Ajudar o colega a encontrar soluções, tudo bem. Mas dar nota? Não, isso eu não quero fazer. E se eu não vejo tudo que ele fez e acho que não fez tudo o que tinha que fazer? Se eu for injusta? (A06)*
- *Isso é muito complicado porque sempre vem as questões pessoais. (A29)*
- *Auto-avaliação ainda vai, porque a gente sabe o que acontece com a gente. Mas dar nota pro colega? Não dá. (A02)*

As alunas aqui estão assumindo que dar nota é tarefa da professora, apesar de toda insatisfação que mostraram quanto a forma como já foram avaliadas. Não se reconhecem como sujeitos e, de certa forma, estão duvidando de sua própria capacidade e de suas colegas. Trazem o receio de serem injustas que talvez reflita o sentimento de que avaliações anteriores foram injustas.

Também é possível perceber que avaliação tem, para este grupo, o sentido de atribuir nota e uma conotação negativa. Elas concordaram em discutir os problemas e dificuldades encontrados, e propor soluções, sem reconhecer estes momentos como de avaliação. Certamente este entendimento foi construído ao longo de suas diferentes experiências escolares.

No decorrer do estágio, outras vezes surgiu esta discussão, sempre trazida pelas alunas, e procuro saber porque não querem fazer nem mesmo auto-avaliação.

- *Eu não gosto de dar nota (...) eu fico com medo. Se eu me dou dez e a senhora me dá seis? (A04)*

Este tipo de postura realmente impede o diálogo pois, se a estudante não explicita a nota que julga correta, não será possível discutir uma eventual diferença entre a nota que se atribuiu e a da professora. Note-se aqui que o receio da aluna parece ser apenas o de discordar da professora já que ela sabe, pelo menos aproximadamente, que nota deveria ter e, portanto, fará um julgamento da nota que lhe for atribuída.

Estes aspectos foram debatidos pelo grupo assim como qual é a relação entre a nota obtida e o futuro desempenho profissional. Da mesma forma, ao longo de todo o período, o desempenho de cada uma foi discutido junto ao grupo sendo feitas sempre sugestões quanto as estratégias apropriadas para sua superação, ou seja, no decorrer das atividades todas participaram da avaliação formativa.

Ao final, o próprio grupo resolveu que seria melhor cada aluna atribuir-se uma nota, que seria então discutida por todas e reformulada, caso fosse este o consenso. Foi lembrada também a dificuldade que é atribuir uma nota de um a dez para o desempenho durante o estágio.

- *Principalmente porque a gente é acostumado só receber. Quando tem que dar acho que existe uma dificuldade, mas acho que é válido. (A06)*

Na avaliação final, as alunas demonstraram reconhecer suas qualidades e dificuldades assim como a das colegas e fizeram críticas e sugestões extremamente pertinentes. Acredito que atribuir uma nota para o desenvolvimento do estágio, exigência da instituição, é realmente muito difícil. Precisar a distinção entre um oito e oito e meio, considerando as numerosas e complexas atividades desenvolvidas durante toda a disciplina, é virtualmente impossível. Embora a professora possa não considerar importante esta diferença, as alunas a consideram.

O fato da nota ser atribuída a partir de uma discussão coletiva, não elimina a dificuldade de quantificar o desempenho da aluna, mas permite o entendimento e aceitação desta dificuldade e valoriza a auto-estima e o sentimento de capacidade de cada uma.

Durante o desenvolvimento das atividades de estágio, quando o contato entre alunas e professora é prolongado e mais próximo, a comunicação entre elas assume um papel extremamente significativo. Este momento é, portanto, privilegiado para observar como se desenvolve esta comunicação e sua influência no processo de ensino-aprendizagem.

A comunicação estabelecida, neste caso específico, foi modificando-se desde um não perguntar, passando por uma comunicação funcional, pela expressão de sentimentos até um diálogo verdadeiro no qual cada uma pôde afirmar-se como sujeito. Este diálogo tinha como objeto o conhecimento e atitudes necessárias ao

exercício da profissão de enfermeira, ou seja, foi o caminho utilizado para desenvolver o ensino-aprendizagem.

A busca do diálogo não pode ser apenas uma simulação, mas sim uma estratégia conscientemente utilizada pela professora para desenvolver seu trabalho e que parte do pressuposto básico de que a aluna é sujeito capaz de conhecer cada vez mais e melhor.

Ensinar, assim como assistir/cuidar, não é apenas uma atividade caridosa realizada no exclusivo interesse da aluna, ou paciente/cliente. Tanto uma como outra, são atividades profissionais que exigem conhecimento, competência e responsabilidade e, como práticas sociais, influenciam e são influenciadas pela sociedade na qual vivemos. A aluna não depende apenas de si mesma para desenvolver a aprendizagem, que na verdade é socialmente construída, portanto não podemos atribuir todo fracasso à aluna e todo sucesso à professora.

Muitas vezes, as alunas dizem que os pacientes *não entenderam* suas orientações e costumam perguntar se não é possível que elas não tenham conseguido *explicar*. Este mesmo raciocínio é válido para a comunicação entre alunas e professoras, a responsabilidade pelo seu sucesso ou fracasso não pode ser debitada a apenas um de seus participantes.

Para que de fato exista o diálogo é necessário que percebamos o outro não a partir de nós mesmos, "*ele não é mais um fenômeno do meu Eu, mas é o meu Tu*" (Buber, 1982, p.92). Acredito que seja de fato crucial que nós, docentes e enfermeiras, não vejamos as alunas e pacientes apenas através de nós mesmas mas como sujeitos diferentes e, então, nos vejamos também através de seu olhar. Isto não tem como objetivo nos moldarmos ao outro mas tornarmo-nos capazes de, como profissionais, percebermo-nos como os outros nos percebem e, avaliarmos nosso trabalho de uma outra perspectiva.

A partir da fala e do fazer das alunas, podemos ver nosso próprio fazer. Esta fala tem demonstrado a distância que existe entre nosso discurso e prática, ou a distancia entre o que pretendemos fazer e o que realmente estamos fazendo. As alunas nos dizem como aprendem, é necessário saber ouvi-las.

O diálogo entre alunas e professoras, desta forma, mostra-se um meio não só para desenvolver o ensino-aprendizagem, mas também a pesquisa sobre como ensinar-aprender.

## *2.COMUNICAÇÃO ENTRE ALUNA E PACIENTE*

O processo de cuidar ou assistir envolve a capacidade de comunicação independente da teoria ou método utilizado. A habilidade de comunicação é necessária tanto para que a profissional conheça as expectativas, interesses e necessidades do paciente quanto para que possa prestar informações, orientá-lo e auxiliá-lo.

À medida que há uma busca de humanização do cuidado/assistência prestado pelos diversos profissionais de saúde, e o papel educativo da enfermagem é mais enfatizado, a habilidade de comunicação torna-se cada vez mais importante. Através da comunicação, verbal ou não verbal, é que a enfermeira estabelece contato com o paciente, passa a conhecer suas características individuais, suas necessidades, seus medos, preocupações e pode compartilhar saberes. Desta forma, a comunicação é indispensável para que a profissional conheça o paciente, e assim possa prestar um cuidado/assistência individualizado e humanizado.

Pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tradicionalmente reconhecidas como redutos da eficiência e habilidade técnica, expressaram a necessidade que sentiam de conversar com os membros da equipe e de que suas queixas fossem devidamente valorizadas. Os depoimentos apontam inclusive situações de risco à integridade física originadas pela não valorização de suas queixas (Barbosa, 1995). Isto demonstra como a habilidade de comunicação deve ser entendida como parte da competência técnica exigida para prestar um cuidado/assistência seguro e de qualidade.

Embora alguns autores façam uma distinção entre comunicação e relacionamento (Sadala & Stefanelli, 1996), não há como estabelecer um relacionamento, seja terapêutico ou não, sem que exista alguma forma de comunicação entre os sujeitos. Assim, diferentes tipos de relacionamento são baseados em diferentes formas de comunicação.

O modo como a aluna, ou profissional, comunica-se com os pacientes fornece indícios importantes sobre como estes são percebidos, se como sujeitos ou objetos de seu processo de saúde-doença e, em consequência, qual é o papel atribuído aos profissionais da área de saúde e ao paciente.

Observar a comunicação estabelecida entre alunas e pacientes apresenta algumas dificuldades. A mais importante delas é a própria presença da professora/observadora, que pode constranger tanto a estudante quanto o paciente, dificultando sua comunicação, principalmente quando envolve a expressão de sentimentos íntimos.

Neste caso específico, as alunas inicialmente sentiam-se constrangidas com a presença da *professora*, percebida como uma constante avaliadora. O desenvolvimento de uma relação de respeito e confiança entre professora/observadora e alunas diminuiu consideravelmente o constrangimento destas.

O fato de atuar como professora e observadora, acompanhando e atendendo às diversas solicitações do grupo, torna praticamente impossível acompanhar todos os momentos de interação entre uma determinada aluna e seus pacientes. Os momentos observados, embora sejam representativos da forma de comunicação estabelecida, precisam ser considerados como o que realmente são, parte de um todo.

A comunicação entre aluna e pacientes, portanto, foi analisada não só a partir da observação de suas interações mas, também, *do que e como* a estudante falou e escreveu sobre o paciente, incluindo os relatórios de atividades diárias e as evoluções. Durante o dia a dia, as acadêmicas pediam e forneciam informações, discutiam os problemas que enfrentavam e como os resolviam, relatavam suas conversas com os pacientes e, através deste conjunto de dados, foi possível perceber o tipo de comunicação que desenvolveram.

O próprio paciente foi uma fonte importante de dados já que a forma como referia-se à estudante, e como reagia a sua presença e orientações, refletia a qualidade da comunicação estabelecida. Quando, por exemplo, um determinado paciente apresenta-se ansioso devido a necessidade de submeter-se a uma cirurgia e, após

conversar com uma aluna, mostrava-se mais tranqüilo, torna-se claro que esta foi capaz de estabelecer uma comunicação efetiva.

A comunicação que ocorre entre uma profissional e seu cliente, chamada de terapêutica, apresenta algumas características próprias, como a de ter um objetivo específico, e pode ser definida como a “*habilidade do profissional em utilizar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a enfrentar seus problemas, a conviver com as demais, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto-realização*” (Stefanelli, 1993, p.82).

A comunicação terapêutica não é uma qualidade pessoal, mas sim uma habilidade a ser desenvolvida ao longo da vida acadêmica e profissional, sendo uma ferramenta indispensável para o cuidado de pacientes/clientes. Seu ensino-aprendizagem pode, e deve, acontecer em todas as atividades que envolvam o contato entre alunas e pacientes.

A primeira atividade prática<sup>7</sup> proposta no bloco teórico inicial, tendo em vista a importância da comunicação para o próprio exercício profissional, tinha como um dos seus objetivos evidenciar como o grupo comunicava-se com os pacientes. Neste momento, algumas dificuldades já tornaram-se evidentes, tanto em relação ao conteúdo quanto a forma das mensagens enviadas.

Durante as atividades de estágio, pude observar como cada uma das alunas do pequeno grupo comunicava-se com os pacientes e, apesar de algumas variações, o grupo seguia, inicialmente, um mesmo padrão: as estagiárias conversavam apenas com o paciente ao qual prestariam assistência naquele turno, mesmo quando ele estava em uma enfermaria com vários outros pacientes; seguiam um roteiro de perguntas; só tocavam no paciente ao realizar procedimentos; conversavam entre si, junto ao paciente, sem incluí-lo; toda orientação tinha a característica de *enunciados* sobre o que o paciente deveria fazer.

O grupo demonstrava preocupação com o *que* deveria dizer e não com o *como* dizer, ou seja, preocupava-se com o conteúdo da comunicação verbal e não com

---

<sup>7</sup>Nesta atividade as alunas, em grupo de duas ou três, realizavam avaliação de um paciente internado em uma Unidade de Clínica Cirúrgica para, logo a seguir, elaborarem um plano assistencial de enfermagem para este paciente. A avaliação incluía uma entrevista que foi planejada e executada pelas acadêmicas a partir do conhecimento que já possuíam. Os pequenos grupos foram observados pelas professoras responsáveis pela disciplina.

a forma. Aparentemente, o domínio de um determinado conteúdo era condição necessária e suficiente para *conversar* com os pacientes.

Inicialmente, a comunicação não verbal não foi lembrada, ou seja, toda comunicação estava reduzida ao *conversar* com os pacientes. Apesar da evidente importância da comunicação verbal, é necessária atenção ao que comunicamos de forma não verbal. “*Podemos aumentar nossa efetividade na comunicação ao tomar consciência da importância de nossa linguagem corporal, principalmente no tocante à proximidade, postura e contato visual*” (Silva, 1996, p.19). O aprendizado da comunicação não verbal é importante não apenas para que possamos melhorar as mensagens que enviamos, mas, também, para melhor compreender as que são transmitidas pelos pacientes.

O fato da aluna não cumprimentar os pacientes quando entra em uma enfermaria, por exemplo, certamente transmite uma mensagem que, ao ser por eles interpretada, gera uma resposta.

É exemplo do tipo de comunicação desenvolvido pelas acadêmicas durante o período inicial de atividades junto aos pacientes:

*Aluna estava realizando o exercício de avaliação e evolução, entra na enfermaria e mantém-se a cerca de um metro da paciente. Este foi o primeiro contato entre ambas, a aluna não se apresentou e não explicou o objetivo de sua atividade.*

- *Bom dia. Como passou a noite? (A04)*
- *Bem.*
- *Como está se alimentando? (A04)*
- *Bem.*
- *E a urina, como tá? Bem clarinha? (A04)*
- *É, tá normal.*
- *Tem que tomar bastante água. E a perna, como tá? (A04)*
- *Tá bem.*

*As perguntas foram feitas em tom de voz claro e em uma rápida seqüência, sem praticamente nenhum intervalo entre a resposta e a próxima questão. Enquanto a paciente respondia a aluna fazia anotações em uma prancheta; manteve pequeno contato visual.*

Neste exemplo, foi possível destacar vários aspectos que precisavam ser melhorados para garantir uma boa comunicação, tanto verbal quanto não verbal. Quando se faz uma pergunta é preciso demonstrar interesse pela resposta, o que pode ser feito, por exemplo, olhando para o interlocutor. Manter-se distante, concentrada em escrever e evitar o contato visual são atitudes que não denotam interesse mas sim

distanciamento, desinteresse. Deve-se evitar perguntas que já tragam uma sugestão de resposta (*tá clarinha?*) e que permitam respostas como sim, não, bem. Também é necessário clarificar as respostas, como o que significa alimentar-se *bem*.

Quando o entrevistador assume a posição de realizar uma seqüência de perguntas diretas, que não permitem uma livre expressão do entrevistado, de uma certa forma está estabelecendo um relacionamento no qual ele é quem sabe o que deve ser perguntado e, conseqüentemente, o que deve ser feito. Após obter os dados, através de suas perguntas, o entrevistador comunica ao entrevistado o que deve ser feito ("*Tem que tomar bastante água*") sem considerar suas possibilidades ou interesses. Assume um papel central no relacionamento ficando o entrevistado no papel de objeto (Benjamin, 1996).

A análise desta situação indicou a necessidade de uma intervenção no sentido de auxiliar o grupo a estabelecer uma comunicação terapêutica, assim como apontou para outras questões como o porquê da repetição de determinados comportamentos como o de não identificar-se.

É interessante observar como, no Hospital Universitário onde foi desenvolvido este trabalho, várias pessoas, em especial os estudantes e estagiários, interagem com os pacientes, sem identificarem-se. Simplesmente entram na enfermaria, fazem perguntas ou procedimentos e dizem o que o paciente deve fazer sem oferecer nenhuma explicação. Quando questiona-se os pacientes sobre quem lhe deu alguma orientação, freqüentemente respondem que foi *uma estudante*, sem conseguir identificá-la. Poucos são os que perguntam a identidade de um entrevistador ou mesmo do pessoal que presta cuidados diretos.

Nesta relação, o paciente está sendo, no máximo, um objeto de cuidado. Aparentemente, a utilização de um uniforme, ou avental, confere a autoridade necessária e suficiente para alunas e profissionais entrarem na enfermaria entrevistarem, realizarem procedimentos, orientarem, estabelecerem normas, sem necessidade de justificativas ou explicações. O paciente perdeu sua condição de sujeito submetendo-se às rotinas hospitalares sem questionamento.

O fato da aluna, ou profissional, não se apresentar pode ser entendido pelo paciente como uma despersonalização do relacionamento. Como, por exemplo,

solicitar a presença de uma pessoa cujo nome não sabe? Embora a relação estabelecida seja profissional, isto não dispensa a apresentação e explicitação da atividade e responsabilidade de cada um. O paciente, como sujeito, deve saber quem são os profissionais que estão cuidando dele e qual o papel de cada um.

Acredito que esta postura de não identificar-se, como a de não cumprimentar todos os pacientes de uma enfermaria, de uma certa forma comunica ao paciente que ele está em um território estranho onde outros, não nominados, possuem o controle. O ambiente hospitalar mostra-se hostil e o paciente adapta-se simplesmente, ou seja, assume uma postura puramente defensiva, passiva. Não podendo mudar a realidade muda a si mesmo (Freire, 1991).

A utilização de respostas monossilábicas pode estar associada, em parte, a este desconhecimento entre entrevistador e paciente; as perguntas e respostas são entendidas como o cumprimento de uma formalidade. O “*como está?*” pode significar o mesmo que o “*tudo bem?*” que usamos socialmente para cumprimentar nossos conhecidos, e para o qual nenhum dos interlocutores espera outra resposta que não um *tudo bem*. As estudantes reconheceram esta formalidade nas respostas às suas questões:

- *Tem uns que tu chega e pergunta (se está tudo bem) e ele diz: tá tudo bem. Depois é que, com a conversa, aí eles começam a dizer: não, pois é tem isso, não sei o que. Mas tu chega e pergunta como é que foi a noite, ele responde que foi bem. Depois que tu começa a conversar com eles é que eles vão falando. (A07)*

Apesar disto, muitas vezes, as acadêmicas faziam uma seqüência predeterminada de perguntas a pacientes com os quais não tinham contato anterior, mesmo reconhecendo que este procedimento não era capaz nem mesmo de determinar quais eram suas queixas ou dificuldades. O comportamento de não cumprimentar todos os pacientes, não apresentar-se e o de realizar entrevistas apenas formais apresentam, como característica comum, o não reconhecer os pacientes como sujeitos e não respeitar sua individualidade.

Quando as educandas assumem um fazer considerado inadequado pela educadora, o importante é procurar desvelar a razão de ser deste fazer. Será que ao entrevistar os pacientes estavam apenas cumprindo uma formalidade exigida pela academia? Ao não apresentar-se, estavam apenas incorporando uma conduta

observada nos campos de estágio? Será que estas condutas refletiam de fato um descompromisso com o paciente?

Durante reunião do grupo de reflexão, apresentei a postura observada de não cumprimentar todos os pacientes de uma enfermaria e as alunas foram estimuladas a analisá-la e discuti-la. O grupo vinculou este comportamento, do qual não tinha tomado consciência, ao fato de concentrarem-se no paciente ao qual deveriam prestar cuidados, como indicam as seguintes falas:

- *Eu não sabia que fazia isso. Mas quando a gente fica com uma enfermaria, aí a gente cumprimenta todos. (A06)*
- *A gente não pensa assim: só vou cumprimentar o meu paciente. A gente não entra assim numa enfermaria prá cuidar de um e se o outro estiver gritando, pedindo alguma coisa, eu vou ficar de costas prá ele, não é isso. Tu entra assim e vai procurando o teu paciente, como é que ele tá, que ele não tá, a gente tá com aquela preocupação. (A02)*

A preocupação com a atividade que deve desenvolver, no caso prestar cuidados/assistência a um determinado paciente, dirigia a atenção das alunas que passaram a não perceber os demais pacientes, de certa forma ignorando-os. Apesar de não excluírem os pacientes de forma consciente, não parece aceitável que, já no quinto semestre, as alunas não tenham sido alertadas quanto ao que sua atitude comunica aos pacientes. Justamente por ser uma conduta que acontece *sem querer* deve ser objeto de constante atenção. Realmente observei que, nos primeiros dias de estágio, as acadêmicas atendiam solicitações expressas de pacientes pelos quais não estavam responsáveis, mas não tomavam a iniciativa de com eles conversar. Após a discussão deste aspecto, começaram a modificar seu comportamento.

Embora seja compreensível que, em função da ansiedade e da preocupação com a sua própria aprendizagem, as alunas desenvolvam este tipo de comportamento *sem se dar conta*, é necessário que o grupo tome consciência dele para modificá-lo. Concentrar a atenção em um único paciente, ignorando os demais, pode ir desenvolvendo uma forma de trabalho centrada nos objetivos e interesses do profissional, e não da clientela. No caso, as alunas estão preocupadas com o que devem fazer, com suas atividades de estágio, sem considerar nem mesmo a presença dos demais pacientes na enfermaria. Acredito que seja importante que elas desenvolvam a percepção dos pacientes como sujeitos e da enfermaria como seu espaço pessoal que, portanto, deve ser respeitado.

A percepção depende das possibilidades dos órgãos dos sentidos, mas é socialmente construída, ou seja, ao longo de seu desenvolvimento a percepção passa a ser mediada por conteúdos culturais. *“Nossa relação perceptual com o mundo não se dá em termos de atributos físicos isolados, mas em termos de objetos, eventos e situações rotulados pela linguagem e caracterizados pela cultura”* (Oliveira, 1997, p.73). Na medida que as estudantes habituem-se a entrar nas enfermarias sem *ver* todos os pacientes, realizar procedimentos sem identificarem-se e realizar perguntas apenas por formalidade, podem ir desenvolvendo a percepção destes atos como normais e adequados ao seu papel profissional, sem questionarem como os pacientes estão sendo transformados em simples objetos de sua atividade.

Entrar em uma enfermaria sem cumprimentar os pacientes significa não vê-los e entender a enfermaria como espaço de livre acesso aos profissionais. Perceber a presença do paciente, respeitá-la, e reconhecer a enfermaria como um território deste paciente certamente são passos importantes para que a acadêmica consiga percebê-lo como sujeito.

Ao tomar a própria atividade como objeto de reflexão tornou-se possível ao grupo inicialmente tomar consciência de seu fazer e, ao longo do tempo, ir desenvolvendo uma consciência crítica a respeito de sua relação com os pacientes. Ficou claro que a execução de atividades de estágio não acompanhadas de reflexão pode levar as acadêmicas a assumir a postura corrente no ambiente de trabalho sem maior questionamento.

Ao desenvolver suas atividades de forma rotineira, preocupadas com as atividades que devem realizar, as educandas não conseguem perceber as razões do seu fazer e o sentido que a ele possa atribuído pelos pacientes. As condutas que fazem parte do dia a dia da unidade passam a não ser vistas, ou seja, não se tornam objeto de reflexão justamente por serem muito comuns, normais.

Um hábito incorporado pelas alunas era o de conversar, entre si, junto ao paciente sem incluí-lo, como se este não estivesse presente. Isto acontecia principalmente durante a realização de procedimentos, quando discutiam o que fazer e como fazer, sem oferecer nenhuma explicação ao paciente. Talvez exista um sentimento que as técnicas são uma área de domínio dos profissionais e que, portanto,

o paciente nada tem a dizer. Esta postura certamente comunica ao paciente qual é o seu papel na relação com as alunas, a de receptáculo de seu fazer.

Com alguma freqüência, as alunas também me explicavam, junto ao leito do paciente, quais suas queixas, o que haviam feito em termos de cuidado e o que pretendiam fazer enquanto o paciente permanecia, em geral, calado. Não só o que era dito, mas toda a comunicação não verbal mostrava ao paciente que ele não deveria participar da conversa. Assim, o fato de virar o corpo em direção ao interlocutor, manter contato visual apenas com este e referir-se ao paciente como *ele* ou *ela* demonstravam claramente a exclusão do paciente.

Este tipo de comportamento é extremamente comum no local onde foi desenvolvido este trabalho e pode ser observado tanto nos profissionais da equipe de saúde como nos docentes e alunos da Enfermagem e Medicina. Este, provavelmente, foi um dos fatores que levou este grupo a adotar a mesma postura de forma tão natural. Apesar de acostumadas a ver e agir desta forma na unidade de internação, quando houve troca de ambiente este mesmo tipo de comportamento chamou a atenção como mostra o seguinte trecho de um relatório de atividades diárias:

- *Ao chegarmos ao bloco cirúrgico já se nota grandes diferenças e acredito que o paciente também sinta isso. Dentre as diferenças nota-se que as pessoas falam bastante mas sempre entre elas e muito pouco com o paciente, principalmente na sala de cirurgia. Este paciente mesmo, seu José. Foi conversado sobre o tipo de butterfly que seria usado, a sua posição para receber a anestesia, tudo era falado com a equipe (...) Ele (o paciente) fica como um ser presente/ausente. A anestesista começou a falar sobre as costas do paciente, que era imprópria para anestesia pois tinha pelos; mas isso só era falado para os presentes na sala, não conversando com o paciente. (A01)*

É possível que o ambiente do bloco cirúrgico seja mais ameaçador e que a exclusão do paciente, neste caso, tenha sido mais absoluta do que na unidade de internação. De qualquer forma este tipo de situação não era estranho à aluna, mas só quando ela afastou-se do seu ambiente habitual foi capaz de percebê-la. O fato de o bloco cirúrgico ser um ambiente estranho para a aluna e, de uma certa forma, ela ter sido objeto de exclusão, tal qual o paciente, talvez tenha tornado mais fácil perceber a situação de um ponto de vista semelhante ao do paciente.

A sensação de *ausência* do paciente foi tão forte que a própria estudante afirma que a anestesista falava com os "*presentes na sala*" e não com o paciente, aceitando que o paciente não era um dos *presentes*.

Através da reflexão das experiências das próprias alunas, estas passaram a perceber como inadequada a postura de não incluir o paciente nas conversas travadas junto a ele. Talvez por ser uma atitude tão comum, as alunas só tomaram consciência que também a adotavam quando foram discutidas situações em que elas mesmas eram as personagens principais.

Provavelmente por ser uma situação absolutamente normal, rotineira, algumas vezes, as alunas voltavam a adotar esta mesma postura, em especial quando estavam mais ansiosas.

A comunicação entre aluna e paciente é bastante afetada pela ansiedade da primeira (Sadala, 1994) e isto foi observado, por exemplo, quando as estagiárias iam realizar algum procedimento considerado mais complexo como sondagem vesical. Nestes casos, freqüentemente a aluna esquecia-se de explicar ao paciente o que seria feito, fazia perguntas ou dava informações que geralmente envolviam o *como fazer* mas dirigindo-se apenas à professora-observadora ou suas colegas. O paciente permanecia como *presente-ausente*.

Inicialmente as colegas que acompanhavam quem estava realizando um procedimento, mantinham-se afastadas e não faziam nenhum tipo de comentário. Este maior distanciamento físico poderia refletir a intenção de não invadir o espaço do outro, mas pode transmitir ao paciente a sensação de estar sendo observado como um objeto. No transcorrer das atividades, a medida que o grupo ia tornando-se mais entrosado e com maior habilidade de comunicação, esta atitude modificou-se consideravelmente. Aquelas alunas, que provavelmente não estavam tão ansiosas já que não iriam, elas mesmas, realizar o procedimento, passaram a assumir a tarefa de explicar ao paciente a técnica e ficar conversando com ele durante a realização da mesma.

Além da preocupação com o *seu* paciente, outro fator que emergiu como responsável pela dificuldade de comunicação verbal é o *não saber o que dizer*. O grupo expressou, em vários momentos, preocupação por não saber o que perguntar,

que orientações deveriam ser dadas e, também, o receio de não saber responder as perguntas que os pacientes pudessem fazer.

- *De repente ele pode perguntar alguma coisa, eu posso até ter lido alguma coisa pra cuidar dele mas ele pode perguntar uma coisa fora daquilo, da cirurgia que ele fez, e a gente não saber. Comigo não aconteceu, ainda mas... (A07)*

O conhecimento sobre o que está acontecendo com o paciente, tanto em relação a sua patologia quanto ao seu tratamento, é sentido como necessário para que possa haver uma boa comunicação. As alunas sentem que *tem que saber* responder às eventuais perguntas dos pacientes, daí que limitem sua interação com os pacientes sobre os quais não possuem maior informação.

O sentimento manifestado de que as alunas, em estágio, *tem que saber* poderia estar sendo transferido para sua relação com o paciente. Assim como não podiam demonstrar seu *não saber* às docentes, não podiam demonstrá-lo para os pacientes.

Esta preocupação pode ser extremamente benéfica quando transformada em procura do conhecimento que é sentido como necessário para cuidar/assistir. No entanto, quando apenas gera o afastamento dos pacientes e um sentimento de incompetência, esta preocupação é nociva. É necessário que este sentimento seja transformado em uma ação concreta que vise superar as dificuldades percebidas pois, só desta forma, a atividade prática realmente adquire um sentido educativo.

Por outro lado, as acadêmicas aparentemente buscavam uma justificativa para sua interação com os pacientes como se nota na seguinte fala:

- *Quando eu fui fazer a avaliação<sup>8</sup> assim, eu entrava no quarto do paciente e ficava sem graça; eu nunca tinha visto ele, ele nunca tinha me visto. Qual era o objetivo? Perguntar como passou a noite, se tinha algum problema, como é que ele tava. Então ficou uma coisa mais assim, né? (A04)*

O fato de "*ficar sem graça*" ao entrevistar o paciente por não compreender o objetivo de realizar uma avaliação e evolução pode explicar, pelo menos em parte, a realização de entrevistas que seguem sempre um mesmo roteiro de perguntas padronizadas nas quais a aluna não demonstra interesse real pelo paciente. As

<sup>8</sup> Aluna refere-se ao exercício no qual realizava a avaliação e evolução dos pacientes internados na unidade.

perguntas, e conseqüentemente as respostas, tomam-se apenas uma formalidade, como na situação antes descrita.

Neste caso, a aluna estava demonstrando desconforto por não compreender que interesse teria a realização desta entrevista para o próprio paciente. Aqui, foi possível detectar como a falta de domínio do conhecimento relativo a avaliação afetou a própria forma de comunicação estabelecida. No caso específico, quando a aluna aprofundou seu conhecimento sobre avaliação e, ao mesmo tempo, passou a utilizá-lo no cuidado/assistência dos pacientes conseguiu melhorar significativamente a qualidade de sua comunicação interpessoal.

Acredito que este desconforto foi positivo já que a aluna não estava considerando como objetivo válido apenas desenvolver sua habilidade de conversar com os pacientes, pois não os percebia apenas como um instrumento de ensino-aprendizagem. Percebendo o paciente como sujeito a estudante não queria transformá-lo apenas em objeto de seu fazer.

Este tipo de posicionamento, partilhado por outras acadêmicas, mostra a importância não só de planejar e desenvolver as atividades de estágio de forma que realmente resultem em cuidado/assistência ao paciente como a necessidade de que seja mantida uma relação dialógica entre alunas e professora. Só ouvindo verdadeiramente é que a professora pode conhecer as reais dificuldades das alunas para que, então, juntas possam construir estratégias de superação.

Embora, no início do estágio, não tenham referido maiores dificuldades de comunicação, durante as discussões e nos relatórios de atividades diárias as alunas começaram a expressar sentimentos que influenciaram sua conduta junto aos pacientes como pode ser observado no exemplo anterior e no seguinte trecho de um relatório de atividades diárias:

- *Achei bom ter realizado essas evoluções<sup>9</sup> pois consegui me soltar mais e agora não me sinto envergonhada de chegar no leito dos pacientes que não conheço muito. Como tive que fazer as evoluções, e elas eram em enfermarias diferentes, isso fez com que eu tivesse que me soltar mais para poder chegar no leito destes pacientes e lhes fazer perguntas sem que tivesse lhes feito curativos ou administrado medicações (A07).*

<sup>9</sup> A aluna está referindo-se ao exercício de avaliação e evolução dos pacientes internados.

Neste trecho, observa-se que a realização de técnicas aparece como justificativa para a presença da aluna junto ao paciente que parecia sentir que “*fazer perguntas sem que lhes tivesse feito curativos*” era uma forma de intromissão indevida. As técnicas representavam, por outro lado, uma atividade necessária, legítima, própria do fazer profissional. A preocupação, freqüentemente manifestada, quanto ao conteúdo da comunicação poderia também estar relacionada a procura de uma justificativa para sua interferência junto ao paciente.

Pessoalmente, acredito que aproximar-se de um paciente simplesmente para fazer perguntas, de fato, constitui-se em uma intromissão não só desnecessária como indevida. A comunicação a ser desenvolvida entre uma aluna e seu paciente deve ser terapêutica, ou seja, tem o objetivo de auxiliar este paciente a manter ou recuperar seu bem-estar.

A não apreensão dos objetivos e técnicas da comunicação terapêutica pode levar as educandas a enfatizar a realização dos procedimentos tidos como *técnicos*, assim como curativos e sondagens, entre outros. A realização de técnicas parecem justificar-se por si mesmas, elas precisam ser realizadas, e correspondem a um conhecimento próprio da enfermagem. Por outro lado, sua execução não exige que a aluna se aproxime do paciente como um sujeito dotado de sentimentos, desejos, medos, com os quais, talvez, não saiba lidar.

No mesmo sentido, Guezzi observou, ao realizar uma análise fenomenológica sobre o que é conviver com o paciente terminal, que as alunas de enfermagem, assim como a equipe de saúde, refugiavam-se no *fazer* para evitar a angustia gerada pelo diálogo com o ser-morrendo. A relação estabelecida tornava o paciente um objeto das técnicas, sem poder decisório, evidenciando a onipotência das alunas ao decidirem o que deveria ser feito e quando. Esta onipotência contrasta com a própria impotência sentida frente ao paciente terminal (Guezzi,1991).

Este tipo de sentimento manifestado pelo grupo mostra o cuidado que nós, professoras, devemos ter ao planejar as atividades de ensino-aprendizagem. Quando os objetivos destas não são claramente compreendidos podem tornar-se simples formalidades que afastam as alunas do seu real significado.

Realizar longas entrevistas, por exemplo, cujo único resultado é a própria entrevista pode tornar esta atividade pouco valorizada pelas alunas, criando a percepção que é uma atividade *teórica*, o que significa que não será utilizada no dia a dia de trabalho. Quando realizam uma entrevista, as estudantes devem ter claro que estão desenvolvendo uma habilidade e, acima de tudo, qual é o significado e importância que esta habilidade tem no contexto do cuidado/assistência ao paciente.

Um trecho de um dos grupos de reflexão exemplifica as dificuldades que determinadas estratégias de ensino podem causar:

- *Não sei, eu penso assim, eu acho que eu nunca tô agradando. (A04)*
- *Ah, é! Eu sou assim também. (A05)*
- *Eu me sinto mal. Eu acho que eu tô sempre incomodando, que eu tô sempre numa hora imprópria prá pessoa ali, sabe? Parece que tu não tá agradando (...) Eu não sei se eu me vejo no lugar dele, né? Pô, se eu tivesse aqui, com vontade de fazer outra coisa, sei lá, de ficar sozinho. Aí chega uma pessoa e começa a falar, falar, falar (...) Foi bem assim prá mim, na (disciplina de outro semestre), né? Quando fui dar orientação, ali no alojamento conjunto, me senti assim tão mal. Eu falando e a mulher olhando ( e dizendo) eu já sei, isso eu já sei. Ai, eu me senti assim, a idiota, a idiota na beira da cama falando os troço... (A04)*
- *E a professora te olhando. (A07)*
- *É, e atrapalhando ainda. E eu falando como é que faz com fraldas, não sei o que (e a paciente) : hum hum, eu já sei, é o quarto filho. A vontade que tinha era de sair correndo dali. (A04)*
- *Eu ainda dei sorte, dei uma sorte danada. A mulher que era prá fazer orientação, ela perguntou, a do lado perguntou, eu respondia. Porque teve gurias que foram falar e as mulheres nem respondiam. Ah, eu acho que não ia conseguir, se não falasse comigo eu acho que eu não ia falar a metade. (A07)*
- *É, e eu: bota o termômetro. E a paciente: sei, hum, hum. Assim, que adianta eu falá? Eu não sei. (A04)*
- *Acho que é por causa do número de estudantes também, não é professora? (A01)*
- *É, talvez eu fui a décima do dia. (A07)*

*Falam sobre o número de estudantes que fazem entrevistas e orientações aos pacientes. No período de avaliação da disciplina citada, por exemplo, elas devem orientar as puérperas e, dependendo do tamanho da turma, uma mesma paciente pode ser orientada por alunas duas vezes no mesmo dia.*

Na percepção das alunas, o que era solicitado, nesta avaliação, é que elas reproduzissem uma lista de orientações, sem considerar o que as mães já conheciam, ou tinham interesse em saber. Esta proposta distancia-se bastante do que se pode chamar de comunicação terapêutica mas, para esta aluna em particular, confundiu-se com o próprio ato de orientar gerando um desconforto em relação a esta atribuição tão importante da enfermeira.

Esta situação exemplifica bastante bem como determinadas estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação, consideradas práticas, podem ir desenvolvendo condutas opostas àquelas pretendidas. A assistência/cuidados prestados pelas alunas vão tornando-se apenas formalidades a serem cumpridas por exigência da academia e, posteriormente, das chefias dos serviços de saúde.

A proposta apresentada e discutida junto com este grupo foi a de primeiro determinar o que o paciente já sabe e o que ele quer saber para, a partir daí, planejar a orientação. Para descobrir o que o paciente já sabe, é necessário, antes de tudo, aprender a escutar o que ele diz e entender, também, seus sinais não verbais.

Inicialmente as alunas demonstraram alguma dificuldade em adotar esta postura, preocupando-se mais em saber o que deveriam dizer do que descobrir o que o paciente queria ouvir. Talvez o mais difícil para elas tenha sido o entender e aceitar que nem sempre os profissionais tem que *dizer* alguma coisa. Principalmente a partir das discussões das experiências concretas, esta postura foi-se modificando.

A partir da preocupação com o conteúdo das mensagens, através da reflexão das experiências vividas, foram sendo evidenciados outros aspectos relativos à comunicação como demonstram as seguintes falas:

- *Aí tu muda, fala de um outro jeito e nada. Aí tu fala de uma outra forma e ele também não te dá bola. Aí tu vai tentando, tentando ... ( A05)*
- *As vezes a gente diz pro paciente fazer uma coisa e ele faz bem o contrário do que a gente disse. Aí tu vai e diz: mas eu já falei. Ele pega e faz tudo de novo, diferente. A gente fica naquela coisa: será que eu tô falando convincente? Será que eu não soube me expressar? Será que ele não me entendeu? Ou ele não quer fazer mesmo, não quer colaborar (A02).*

A questão levantada sobre o *saber se expressar* é importante. O uso de termos técnicos, a falta de clareza, a não confirmação da mensagem enviada, podem levar à sua não compreensão. Mas também é necessário perguntar se a orientação é

significativa para o paciente, se está adequada ao seu modo de vida, suas crenças e possibilidades.

Benjamin, quando apresenta sua concepção sobre entrevista de ajuda, afirma que o profissional deve utilizar o quadro de referência interna do entrevistado na tentativa de ajudá-lo. “Cooperar com o entrevistado significa escutar e responder àquilo que ele está dizendo e sentindo” (Benjamin, 1996, p.42). Assim o importante é que o entrevistador se preocupe com o que é central para o entrevistado, auxiliando-o a encontrar soluções para seus problemas.

Acredito que decidir quem ocupa o papel central é um ponto decisivo e leva a questão sobre quem deve *colaborar*. Será que o paciente é quem deve *colaborar* com a equipe de saúde? Não são os profissionais que devem *colaborar* com o paciente para que este consiga recuperar ou manter o seu bem estar? O uso deste termo é corrente na minha realidade, tanto nas conversas entre os profissionais da equipe de saúde quanto nos registros realizados, geralmente as evoluções incluem um paciente “*colaborativo*” ou “*não colaborativo*”.

Esta forma de expressão pode indicar que o paciente participa de seu processo de tratamento apenas de forma secundária, *colaborando*. O profissional é que desempenha um papel ativo, estabelecendo o que deve ser feito. Acredito que questionar o uso corrente deste tipo de expressão procurando refletir, junto com as alunas, sobre seu real sentido, é uma atividade importante a ser desenvolvida pelas docentes. Esta forma de referir-se aos pacientes é, ao mesmo tempo, condicionada e condicionante de nossa ação.

É importante considerar o paciente como capaz de tomar decisões, de fazer escolhas, de ser sujeito de seu processo de saúde/doença. Isto implica também em assumir outra postura quanto ao papel do profissional reconhecendo suas limitações. Quando o paciente age de forma diversa do que preconizamos talvez seja necessário descobrir porque ele age da forma que age, o que condiciona suas opções. Ao fim de tudo, é preciso aprender a aceitar que o paciente pode fazer opções diferentes daquelas que consideramos melhores e que isto é um direito seu e cabe aos profissionais ajudá-lo no caminho que escolheu.

O importante em trabalhar a comunicação a partir das experiências das educandas é que, desta forma, o paciente concreto entra em cena. O que quero dizer é que o estudo das teorias e técnicas de comunicação fornecem um embasamento indispensável para que as futuras profissionais possam desenvolver esta habilidade mas é no contato direto com os pacientes que pode-se dar, de fato, a interlocução. Só neste momento existe uma *resposta real* ao que a estudante comunica, que, as vezes, está muito distante da idealizada, e é esta resposta real que deve orientar o curso da comunicação.

É no encontro face a face que os sentimentos afloram, tanto os dos pacientes quanto os das alunas. É vivenciando e refletindo sobre estes encontros que as educandas podem enfrentar suas ansiedades, receios, dificuldades e construir um conhecimento que seja realmente significativo.

Algumas alunas referiam sentir maior dificuldade ao relacionarem-se com pacientes que "*falam muito*", já outras com os que "*falam pouco*". No entanto, quando as dúvidas e preocupações dos pacientes estavam relacionadas aos cuidados que deveriam ter antes e após a cirurgia, ou quando manifestavam preocupação quanto aos procedimentos a serem realizados, as alunas procuravam as informações de que não dispunham para orientá-los e a comunicação transcorria sem maiores dificuldades.

Certamente é parte importante do papel da enfermeira fornecer ao paciente informações que lhe permitam decidir sobre o próprio cuidado. O hospital assume um aspecto hostil, em grande parte, porque o paciente não possui nem mesmo informações sobre seu funcionamento, sobre o que vai acontecer e quando. Sempre que a aluna começa a explicar ao paciente a razão de ser da realização dos diferentes procedimentos, e como determinadas atitudes facilitam ou dificultam seu processo de restabelecimento, este passa a ter um espaço para a verbalização de suas dúvidas e ansiedades. Através de um diálogo mais horizontal, o paciente encontra caminhos para tornar-se sujeito em seu próprio tratamento.

A partir da reflexão, as alunas passaram a explicar aos pacientes o porquê dos procedimentos realizados, procuravam as informações necessárias para esclarecer as suas dúvidas e mostraram-se mais atentas aos sinais de ansiedade e apreensão. No entanto, quando não foi possível encontrar um conteúdo técnico que se constituísse no *o que dizer*, a comunicação tornou-se problemática.

Existem situações de extrema dificuldade, tanto para os pacientes quanto para os profissionais que os cuidam/assistem, que colocam em destaque os aspectos mais sensíveis do relacionamento interpessoal. A vivência das alunas com um paciente exemplifica bem esta situação:

*Seu Antônio é um paciente de 58 anos que foi admitido com o diagnóstico de carcinoma de pênis. Após a realização de uma série de exames, foi decidido que seu tratamento seria a amputação total do pênis. Ainda no período pré-operatório duas alunas cuidaram/assistiram este paciente. Em relação à comunicação estabelecida, uma das estudantes escreveu:*

- *Ao observar com mais calma o seu Antônio percebi que tinha algo errado e, ao perguntarmos como estava se sentindo, o que pensava sobre sua enfermidade e como sua família estava reagindo, ele começou a chorar, relatando que estava precisando desabafar. Eu fiquei comovida com sua atitude, sem saber o que falar (...) Sinto-me insatisfeita e até mesmo fracassada por não ter tido a capacidade, ou felicidade momentânea, de falar uma palavra que pudesse consolar seu Antônio. Mas tive a sensibilidade e humanidade de escutar e entender seu desabafo, valorizando seus sentimentos e acreditando no que diz sentir.(A05)*

Ao realizar o curativo neste paciente, a aluna e sua colega, que estavam responsáveis por seu cuidado/assistência, tiveram o cuidado de colocar biombos, já que o paciente estava em uma enfermaria com seis leitos. Além disso, pediram às outras integrantes do grupo que não fossem ver o procedimento para não constranger o paciente.

Embora a aluna tenha ficado muito preocupada por não ter sabido o que dizer foi capaz de auxiliar este paciente a enfrentar seus problemas durante a internação. Ela soube ouvir e preservar a intimidade e privacidade do paciente, além disso, mostrou-se sempre disponível para escutá-lo, esclarecendo, na medida do possível, suas dúvidas. Seu Antônio, que permanecia todo o tempo deitado no leito, a partir da interação com as alunas passou a deambular e sair da enfermaria assumindo uma atitude mais ativa em relação ao próprio cuidado. Acredito que esta mudança de comportamento, e o fato do paciente sentir-se a vontade para manifestar seus sentimentos, demonstram que a comunicação estabelecida entre eles foi, de fato, terapêutica.

Mesmo reconhecendo que ouviu o paciente com atenção, valorizou seus sentimentos e acreditou no que ele dizia sentir, aparentemente A05 não entendeu esta

atitude como uma comunicação terapêutica, parte importante de seu papel profissional. A estudante continuou procurando a bibliografia especializada para entender o que estava acontecendo com este paciente e mostrou-se sempre insatisfeita com o que encontrou. Creio que ela buscava uma explicação técnica, científica, para justificar o aparecimento da doença e a necessidade da cirurgia. Só que não existe, de fato, uma *explicação*. Não existe uma racionalidade que possa anular os sentimentos experimentados por uma pessoa que deve se submeter a uma cirurgia francamente mutilante, nem os de quem a cuida.

O cuidado tomado pelas alunas indica o respeito ao paciente como um ser humano e pode tê-lo ajudado a reconhecer a própria humanidade, que não se modificou em função da cirurgia, e a enfrentar esta fase de sua vida. Neste caso, a aluna não estava valorizando adequadamente a comunicação que estabeleceu com o paciente.

Em outras situações, que envolvem perda e expõem os limites do conhecimento científico, a comunicação mostrou-se conflitiva. Um exemplo disto surgiu quando discutíamos a assistência/cuidados que estavam sendo prestado a um paciente jovem com diagnóstico de neoplasia maligna:

- *É, porque seria assim apoio emocional, não é? Mas tu te coloca assim na frente dele e tu vai dizer o que? Um guri de 19 anos cheio de problemas e ainda ameaçado de perder a vida? Te coloca no lugar dele, chega na frente e conversa. Que explicação, que tu vai dizer pra ele? (A03)*
- *O que tu vai falar, não é? Vai começar por onde? (A05)*

Pode-se explicar para um paciente porque ele deve deambular, respirar profundamente ou mesmo submeter-se a uma cirurgia. Mas como explicar que sua doença não pode ser curada? Que ele está morrendo? Como explicar a uma pessoa que a única ajuda que a ciência pode lhe oferecer é uma medicação analgésica? Como explicar que mesmo esta medicação só pode ser fornecida a determinados intervalos, independentemente da dor que possa estar sentindo?

Este paciente, Carlos, foi admitido com queixas de dor constante. Segundo informações da equipe médica sua patologia havia sido diagnosticada há cerca de 18 meses quando foi encaminhado a um serviço de oncologia para realizar tratamento quimioterápico. O paciente não realizou o tratamento proposto.

A equipe de saúde evitava uma maior interação com este paciente limitando seus contatos aos necessários para a realização da medicação analgésica e de um pequeno curativo. Também as alunas não se aproximavam muito de Carlos. Por não saber o que dizer, não ter uma explicação para dar, os profissionais e alunas mantinham-se afastados e, assim, não precisavam dizer nada. A comunicação estabelecida entre Carlos e a equipe era conflitiva e não terapêutica, limitando-se a discussões sobre o uso da medicação analgésica como mostra a seguinte fala:

- *Mas tu viu a rebeldia dele. A medicação tem que ser a que ele quer (...) os residentes tavam dizendo que ele tinha que fazer quimioterapia e não fez. Outro dia ele armou a maior confusão, gritava, queria a medicação fora da hora. (...)Ele sabe que é um CA (carcinoma), mas ele não admite que é um CA. Ele foi embora e não fez o tratamento que deveria ter feito, então ao mesmo tempo ele vem nos culpar pelos problemas dele. Ele diz: porque vocês não me dão remédio se eu tou com dor? Aquela enfermeira lá é ruim, me fez passar a noite inteira com dor, ela acha que eu sou o que? Então ele transfere assim, mas sabe que depende de ti, aí ele joga assim: elogia a ti e da uma esculachada em ti (aponta para duas pessoas). Aí ele vê que pode precisar e dá um jeito de dar uma contornada, ele trabalha um pouco com isso... (A01)*

Nesta fala, aparece um jogo de poder que se estabelece entre pacientes e equipe; o paciente *depende* da equipe para receber a medicação analgésica e isto limita suas reclamações. Não há, neste trecho, nenhuma discussão sobre o poder da equipe e os direitos do paciente assim como não há questionamento sobre o papel da própria equipe neste relacionamento. Como Carlos era um paciente que gritava, reclamava, ou seja, manifestava claramente seu descontentamento, seu comportamento era considerado *impróprio*.

Possivelmente esta aluna, que tem experiência como auxiliar de enfermagem, apenas havia assumido o que é senso-comum na Unidade, ou seja, que este paciente é chato e que pede medicação toda hora porque já está viciado. A opinião da equipe sobre um determinado paciente, manifestada principalmente em conversas informais, acaba condicionando seu relacionamento. As alunas mostraram forte tendência em aceitar a opinião da equipe, talvez por acreditar que estes profissionais têm experiência e conhecimento e, portanto, o que dizem é verdadeiro.

Tudo o que foi dito sobre o paciente, por outro lado, baseia-se em fatos. Ele realmente não fez o tratamento quimioterápico, mas ninguém se perguntou porque isto

teria acontecido. Como teria sido explicada a necessidade deste tratamento? Teria ficado claro que, na ausência da quimioterapia, seu quadro iria inevitavelmente se agravar? Quais seriam as condições emocionais e financeiras que o paciente teria para realizar este tratamento, freqüentemente acompanhado de sérios efeitos colaterais? O paciente teria recebido apoio da família?

Quando afirmavam que Carlos estava viciado em Dolantina® os membros da equipe não lembravam que esta havia sido a única medicação prescrita para controle da dor desde sua internação. Também não lembravam que o desenvolvimento de tolerância à medicação é um processo fisiológico e não surge por culpa do paciente, assim como não procuravam alternativas para auxiliá-lo a controlar a dor.

Quando este tipo de questionamento foi apresentado às alunas, elas começaram a perceber que os fatos que envolviam a situação deste paciente não eram tão simples e que não cabe à equipe julgar as opções do paciente e muito menos puni-lo por estas. Talvez fosse mais fácil para todos aceitar que Carlos estava em estágio terminal por sua opção, ou culpa, do que aceitar a própria impotência diante deste fato.

Ao problematizar a situação, o grupo tomou consciência de que não tinha nem mesmo os dados necessários para saber o porquê do comportamento de Carlos e que, na verdade, não é função da equipe julgar as motivações dos pacientes mas sim ajudá-los a alcançar todo o bem-estar possível. Ao discutir quais seriam os objetivos de uma comunicação terapêutica, neste caso em particular, surge a questão de enfrentar o problema real deste paciente.

- *A (A25, aluna de outro grupo) conversou com ele e perguntou: mas escuta, como é que tu tá mesmo? E ele respondeu : ah! eu tou apavorado, eu tou apavorado. Eu tou com um baita medo de morrer. (A04)*

Perguntar ao paciente o que realmente o incomoda quando a resposta pode ser *“um baita medo de morrer”* é bastante difícil e, na maioria das vezes, as alunas e os profissionais de saúde não conseguem enfrentar estas situações. O que predomina é um relacionamento impessoal baseado na execução de procedimentos limitando-se toda comunicação à realização destes e retirando toda possibilidade de opção ao paciente.

*Predominando o impessoal no relacionamento que se estabelece entre o paciente terminal, médicos, equipe de enfermagem e gradativamente também com o aluno de enfermagem e, em menor proporção com os familiares, a mensagem que perpassa é de que a morte conquanto aconteça com todo mundo, não acontece a ninguém. Entretanto esta não é a realidade que o paciente experiencia (...) enfermagem, médicos, alunos e familiares vão, aos poucos, saindo do palco, abandonando seu papel de atores, e se resguardando atrás dos bastidores. E o paciente passa a encenar toda a peça, pois ele é agora definitivamente um Ser-só. (Guezzi, 1991, p.125)*

Apesar da evidente dificuldade vivenciada por quem cuida de pacientes terminais, é indispensável, no entanto, que cada profissional reconheça suas próprias dificuldades e limitações pois só assim conseguirá superá-las. É necessário, no caso do ensino, que as alunas reflitam e discutam sobre o como realmente comunicar-se com estes pacientes. Quando não há o reconhecimento das dificuldades individuais e do grupo o que ocorre é que as alunas, assim como a equipe de saúde, acabam afastando-se deste tipo de paciente que fica sozinho, sem conseguir nem mesmo espaço para a expressão de seus sentimentos.

As alunas deste grupo, reconheceram suas dificuldades com comunicação e procuraram resolvê-las. Em diversos momentos, elas procuraram trabalhar com pacientes cujas características tornavam a comunicação mais difícil. Desta forma, estavam enfrentando suas dificuldades com o objetivo de superá-las.

A partir da reflexão sobre as situações vividas pelas alunas foi possível trabalhar a comunicação considerando conteúdo e forma, estratégias e objetivos. Isto significa que desenvolver a habilidade de comunicação deixou de ser apenas um exercício acadêmico para tornar-se uma forma de cuidar/assistir o paciente indispensável para a atividade profissional. Além disso abriu caminho para a percepção do conhecimento e habilidade técnica, não como um fim em si mesmos, mas como instrumentos a serem utilizados no cuidar/assistir.

Foi o estabelecimento de uma relação dialogal entre alunas e professora que permitiu a valorização de aspectos que poderiam passar despercebidos, assim como o constrangimento das alunas em aproximar-se dos pacientes por não saber o que dizer, e sua transformação de obstáculos em motivadores de mudanças. A necessidade de realizar atividades que tivessem sentido, de justificar sua presença junto ao paciente, serviu como um estímulo para a construção do conhecimento e

habilidades necessárias para que estas alunas prestassem um cuidado de qualidade, centrado no interesse dos pacientes.

O desenvolvimento da habilidade de comunicação aconteceu de forma integrada à construção de um conhecimento teórico que se constituiu no conteúdo da própria comunicação. A necessidade de *saber o que dizer* desencadeou a busca de conhecimento. Assim, conhecimento teórico, habilidade de comunicação e habilidade de cuidar/assistir desenvolveram-se de forma concomitante.

O conhecimento que se constitui no saber da enfermagem, do ponto de vista das alunas, é apresentado no decorrer do presente trabalho.

O compartilhamento das experiências no grupo foi, em si mesmo, um importante exercício da habilidade de comunicação. Estas discussões auxiliaram no difícil aprendizado de saber ouvir, falar, calar, e de reconhecer a si e aos outros como sujeitos capazes de construir suas próprias histórias.

O diálogo estabelecido entre as componentes do grupo permitiu que, percebendo suas semelhanças e diferenças, cada uma utilizasse os conhecimentos teóricos para construir uma forma própria de comunicar-se com os pacientes. Foi também a possibilidade de partilhar suas experiências que permitiu o enfrentamento de situações nas quais a comunicação mostrava-se especialmente difícil.

O estudo da comunicação entre aluna e paciente apontou questões importantes sobre como vai sendo construída a percepção do paciente como um objeto de cuidado e como o próprio ensino participa nesta construção. Mostra também como dificuldades pessoais e coletivas, quando não adequadamente enfrentadas, podem cristalizar uma comunicação vertical, unilateral, não terapêutica.

A habilidade de comunicação envolve múltiplos aspectos, tanto cognitivos como afetivos, devendo ser objeto de reflexão em todas as atividades que envolvam o contato entre alunas e pacientes/clientes. Ao mesmo tempo em que vão construindo um conhecimento, que irá se constituir no conteúdo de sua comunicação com o paciente, as alunas precisam construir também formas de comunicação que respeitem este paciente como sujeito de sua história. Para tanto, precisam desenvolver a empatia e o respeito ao outro como um ser essencialmente diferente; precisam reconhecer-se como capazes de compartilhar dificuldades e procurar soluções.

As diferentes situações vivenciadas pelas alunas no transcorrer do curso fornecem material extremamente rico, que pode ser utilizado tanto para o ensino-aprendizagem da comunicação terapêutica quanto para a pesquisa nesta área.

### 3. ENSINAR-APRENDER ENFERMAGEM

No delineamento deste estudo, me propus a observar não só *como* as alunas procuravam obter o conhecimento em situação de estágio mas também *que tipo* de conhecimento era valorizado. A partir da observação e análise destes dados, foi possível identificar a forma como cada uma acreditava aprender e qual o conhecimento julgavam necessário para sua formação.

A imagem que uma aluna tem sobre qual é o saber e o fazer próprio da profissão que escolheu não é formado apenas durante o curso de graduação. Existe toda uma construção social a respeito do que faz, por exemplo, uma enfermeira. Ao entrar na Universidade, portanto, as alunas já possuem uma concepção, formada pelo senso-comum, sobre qual é o trabalho da enfermagem e da enfermeira. Ao longo do curso de graduação, espera-se que elas construam um conhecimento que lhes permita aprofundar esta concepção tornando-a mais crítica.

O conhecimento e experiências que são valorizados pelas acadêmicas e docentes dependem do que cada uma acredita ser o *saber* e o *fazer* da enfermagem. Desta forma, o ensino-aprendizado é influenciado pela percepção do que cada uma considera ser necessário ensinar e aprender, assim como as experiências de ensino-aprendizagem influenciam o fazer profissional.

A partir da vivência e da reflexão, é possível agregar aos objetivos apresentados pela disciplina os objetivos e interesses próprios de cada grupo de alunas. Isto significa que a reflexão sobre as vivências permite construir coletivamente objetivos que sejam específicos para as características do grupo sem desconsiderar os objetivos da disciplina, que correspondem a uma exigência curricular.

No início da disciplina, há o que convencionalmente é denominado de *bloco teórico inicial* que, neste caso específico, tinha como objetivos: a instrumentalização mínima para as atividades de estágio, conhecer o grupo de alunas e

iniciar o levantamento dos temas relevantes neste grupo em particular. Conhecer o grupo e seus temas permitiu o direcionamento das atividades práticas de forma a que atendessem, na medida do possível, às necessidades e interesses próprios destas alunas concretas, sem perder de vista os objetivos propostos pela disciplina.

No primeiro encontro com o grande grupo, uma aluna afirmou que “*eu precisava saber mais*” tendo em vista que os estudantes de medicina “*sabem muito mais*” (Aos). Foi contestada imediatamente por algumas colegas, e pelas professoras substitutas, que alegaram que os médicos não conhecem o Processo de Enfermagem assim como não sabem realizar certos procedimentos, como curativo ou puncionar uma veia.

Quando as professoras e alunas falaram em *Processo de Enfermagem* estavam referindo-se ao proposto por Wanda Horta que é a teórica estudada durante o curso. As técnicas representam um saber da enfermagem que teve sua gênese no início do século e as teorias nos anos 70 (Almeida & Rocha, 1989) sendo ambas invocadas, neste momento, como constitutivas de um conhecimento que diferencia a Enfermagem da Medicina.

Apesar de ser ensinado durante o curso, o Processo de Enfermagem, baseado na teoria de Wanda Horta, não é utilizado de forma sistemática, como um método de trabalho, nem durante as disciplinas práticas nem pela equipe do Hospital Universitário ou de outra instituição de saúde da cidade. O fato deste Processo de Enfermagem, que não é utilizado na prática, ser lembrado como o saber que diferencia a Enfermagem da Medicina aponta para uma dicotomia entre o que é verbalizado como conhecimento próprio e o fazer da enfermagem. Se o Processo de Enfermagem é entendido como um conhecimento específico, por que ele não é utilizado de forma sistemática nas atividades práticas de alunos, docentes e profissionais?

A valorização das técnicas como um saber próprio da enfermagem foi reafirmada pelo interesse, sempre expresso pelas alunas, de as executarem durante as atividades práticas. Esta mesma valorização pode ser percebida na equipe de enfermagem que constantemente as incentivava a realizarem diferentes procedimentos. A afirmação da aluna, assim como a resposta do grupo, na verdade, colocam em questão o que seria o conhecimento de enfermagem e, portanto, foi apresentada ao grupo a pergunta: *o que é enfermagem?*

Nenhuma das alunas foi capaz de apresentar um conceito de *enfermagem*. Todas falaram do que vêem a *enfermeira* fazendo e sobre o que acreditam que ela *deveria* fazer. Certamente as acadêmicas estavam preocupadas com o trabalho da enfermeira porque este é o papel que elas deverão desempenhar, e o que supostamente estão aprendendo durante o curso. Mesmo assim, o fato de reduzir a enfermagem ao trabalho da enfermeira levanta questões importantes como, por exemplo, se as alunas de fato reconhecem a participação e a importância dos diversos trabalhadores da enfermagem.

A enfermeira, nesta discussão, apareceu predominantemente como responsável por executar e controlar o tratamento médico além de comandar a equipe de enfermagem sendo o foco de seu trabalho a cura da patologia.

Uma das alunas afirma que a enfermeira é a profissional que deve tratar o paciente *"como um todo"* e deve *"procurar resolver todos os problemas do paciente"* (A06) e não preocupar-se apenas com os procedimentos. Outras alunas, no entanto, mostram-se preocupadas dizendo que ver o paciente como um todo *"é muito difícil"* (A20), e que *"cada um tem o seu jeito e isso me assusta"* (A22).

A colocação feita de *"tratar o paciente como um todo"* e *"procurar resolver todos os seus problemas"*, embora seja um discurso corrente na enfermagem, não deve ser feita ou aceita de forma irrefletida. A aluna em questão contrapõe o *ver o todo* ao limitar-se a realizar procedimentos e, neste sentido, pode-se entender que estava preocupada com o paciente enquanto sujeito que é mais do que o *curativo* ou a *medicação*.

Tanner (1988) aponta entre as características da formalização de determinados conhecimentos a abstração. Afirma que, por exemplo, a proposição de que a enfermagem trata o paciente como um todo é tão abstrata que múltiplos significados tornam-se possíveis e o próprio significado se perde.

Acredito que, em virtude de sua polissemia, seja necessário discutir o que significa *"ver o todo do paciente"* e como isto se traduz na própria prática do cuidar/assistir. No decorrer do trabalho com este grupo de alunas, *"tratar o paciente como um todo"* foi apresentado e discutido como tratá-lo como sujeito que é único,

complexo, multifacetado, capaz de conhecer e ser mais, e não apenas um *curativo* ou uma *patologia*.

A concepção de que a enfermeira deve resolver todos os problemas do paciente foi colocada em cheque pelo próprio contato com os pacientes concretos. O dia a dia de trabalho está repleto de situações que demonstram claramente a impossibilidade da enfermeira, ou de qualquer outro profissional, resolver *todos* os problemas de um paciente.

Reconhecer as limitações do próprio saber e fazer é fundamental para evitar o sentimento de incompetência, de incapacidade, quando a aluna defronta-se com problemas que não pode resolver. Este sentimento pode levar a desvalorização do saber da enfermagem assim como do seu fazer. É essencial que ela reconheça que existem facetas do paciente que permanecem ocultas, desconhecidas, e que nenhuma disciplina ou profissão é capaz de *resolver todos os seus problemas*.

Quando as profissionais trazem internalizadas as idéias de que devem *ver o paciente como um todo e resolver todos seus problemas*, a vivência no exercício de suas atividades pode gerar um sentimento de que o saber da enfermagem não é *suficiente*, importante, significativo. Na tentativa de resolver todos os problemas do paciente, a enfermeira procura compensar deficiências de outros serviços, a falta de pessoal e falta de material, num trabalho frustrante. Tentando resolver todos os problemas, sua atenção, muitas vezes, não se dirige ao que pode efetivamente ser resolvido.

O papel administrativo da enfermeira foi lembrado quando uma aluna afirmou que sua atividade consiste em "*manter a casa em ordem, é mais orientar o paciente, a equipe*", é um trabalho "*estilo governanta*" (A20). Afirmou ainda que, se fosse enfermeira, se preocuparia em fazer prescrição, mas "*só prescrever aquilo que pode efetivamente ser realizado*" (A20). Reconheceu, no entanto, que seria necessário que as enfermeiras dos outros turnos participassem deste trabalho.

Esta fala refere-se ao que, concretamente, a aluna vê sendo realizado pelas profissionais nos campos de prática e indica a crença de que a enfermeira pode administrar a assistência de enfermagem, utilizando a prescrição como instrumento. Demonstra também a consciência da importância do trabalho em equipe. Sua

afirmação de que prescreveria apenas o que "*pode ser efetivamente realizado*" parece apontar para a realização, durante as disciplinas, de um Processo de Enfermagem desvinculado da realidade concreta, no qual são prescritas ações que não são executadas. Esta foi a única referência ao Processo de Enfermagem, antes apontado como um saber próprio da enfermagem.

O grupo não tomou consciência do conflito entre o que apontou como conhecimento específico da enfermagem, o Processo de Enfermagem e as técnicas, e o que surgiu na discussão sobre o trabalho da enfermeira. Nas falas das alunas este trabalho apareceu fortemente vinculado ao tratamento médico e administração do serviço. Cabe questionar quanto desta noção é transmitida pelo ensino de graduação e quanto reflete o papel socialmente atribuído a esta profissional. Também é necessário questionar que concepção de Enfermagem o curso pretende vincular, qual a que efetivamente vincula e como isto é feito.

De acordo com Goodlad, citado por Silva (1990), existem quatro tipos de currículo: o *formal*, prescrito como desejável pela instituição; o *operacional*, que corresponde ao que ocorre de fato em sala de aula; o *percebido*, que é o que o professor diz que está fazendo e o porquê desta ação; o *experenciado* que é o que os alunos percebem e como reagem ao que está sendo oferecido.

Através do processo de reflexão é possível descobrir a diferença entre o que acreditamos estar fazendo e o que de fato estamos fazendo para que a distância entre a intenção e o fazer possa ser diminuída. Saber como as educandas vivenciam o curso é essencial para que possamos avaliar nossas propostas e ações. A observação das atividades práticas assim como a escuta atenta são caminhos para que as docentes possam descobrir a diferença entre aquilo que desejariam transmitir e o que de fato transmitem.

Outras opiniões foram apresentadas, tais como: o que a enfermeira faz depende do lugar onde trabalha; que a enfermeira "*tem que provar para todo mundo o que sabe*" (A22); que não é possível querer que a enfermeira se especialize pois ela não tem tempo e que "*pesquisa não dá para fazer*" (A27); a enfermeira deve ser "*o cabeça deve comandar (...) assim como o professor*" (A28).

Ao reler estes depoimentos me perguntei por que a aluna acreditava que a enfermeira *"tem que provar prá todo mundo o que sabe"* e se esta concepção foi apreendida do discurso das docentes ou do contato com a equipe nos campos de estágio. Durante o desenvolvimento das atividades práticas, ficou evidente que as alunas acreditavam que *tinham que saber* e que não poderiam demonstrar o que não sabiam para as professoras. Esta percepção, certamente, contribui para o sentimento de que a enfermeira tem que provar que sabe, embora outros fatores possivelmente estejam envolvidos, assim como as relações estabelecidas nos locais de trabalho e o desejo de ter a profissão reconhecida socialmente.

Enfermeiras de um Hospital Universitário, quando questionadas sobre o que são e como os pacientes as vêem denotam impessoalidade profissional, ou seja, destacam atributos como humana, amiga, atenciosa. Quando enumeram o que gostariam de ser e como gostariam de ser percebidas, surge o desejo de ter a identidade profissional mais valorizada (Cade, 1998). A mesma autora afirma que trabalhos internacionais demonstram a presença de auto-estima negativa entre as enfermeiras, além de dificuldade para definirem o que é enfermagem e uma predisposição à imobilidade profissional. Esta dificuldade em definir o que é enfermagem e o desejo de ser reconhecida como profissional talvez ajudem a explicar as razões pelas quais as alunas acreditam que a enfermeira tem que *provar prá todo mundo o que sabe*, embora não expliquem como uma aluna do 5º semestre já desenvolveu esta percepção.

A dicotomia entre o que vem sendo ensinado no curso e o que é realizado pela enfermeira como profissional foi claramente expressa por uma aluna quando afirmou que a enfermeira parece *"aquelas crianças que a gente ensina, ensina e, depois que cresce, ela faz tudo ao contrário"* (A20) e que a estudante gradua-se *"sem saber o que deveria saber"*, embora não saiba definir claramente o que deveria saber. Apesar da existência de uma certa contradição entre as duas afirmações, elas demonstram claramente o desapontamento com o que é desenvolvido no curso de graduação e a crença de que é necessário outro tipo de saber, mais adequado ao mercado de trabalho.

Acredito que este tipo de afirmação exija uma reflexão muito séria sobre o que efetivamente está sendo veiculado pelo curso. Certamente as profissionais não

podem ser consideradas como crianças rebeldes e que, apenas por isso, não utilizam em sua prática profissional o que supostamente é ensinado pela academia. Da mesma forma, o objetivo da Universidade não é apenas treinar mão-de-obra para o mercado. No entanto, é preciso questionar se o que é propalado como objetivo do curso é o que realmente é ensinado/aprendido e, em que medida, o conhecimento desenvolvido na graduação pode efetivamente ser transferido às situações concretas de trabalho.

Foi solicitado que as alunas apresentassem por escrito o seu conceito de enfermagem e, ao contrário do que aconteceu na discussão em aula, neste momento elas não concentraram a tarefa da enfermagem no controle do tratamento médico e citaram outros aspectos tais como a educação do paciente, promoção e manutenção da saúde, além de atividades administrativas.

Algumas conceitos caracterizam a enfermagem/enfermeira pelo que não é como, por exemplo:

- *A enfermagem é a ciência que não trata somente os aspectos patológicos (A05).*
- *Enfermagem, ao contrário do que muitas pessoas pensam, não é o braço direito do médico (A20).*

Os dados da discussão, e os conceitos redigidos, indicam a procura de um espaço de autonomia, desvinculando o saber da enfermagem do saber da medicina, a persistência contraditória de um modelo biomédico de conhecimento, além do conflito entre o que deveria ser e o que é. Ao mesmo tempo que surgem propostas de um saber específico da enfermagem, representado pelas técnicas e teorias de enfermagem, o fazer da enfermeira apareceu desvinculado deste conhecimento e voltado principalmente para a implementação e controle de tratamento médico. Desta forma, surge no discurso das alunas um saber da enfermagem que, aparentemente, não está presente no fazer da enfermeira o que reforça a dicotomia entre teoria e prática.

A fala destas alunas reflete o conflito existente na profissão, que tem sido amplamente discutido na literatura específica. No entanto, é importante notar que o grupo sente e manifesta este conflito sem ter consciência dele. Elas não discutem a contradição entre defender o Processo de Enfermagem como conhecimento próprio e não utilizá-lo na prática; entre não querer assumir um papel de auxiliar do

médico e concentrar sua atividade na implementação e controle do tratamento prescrito por este profissional. Demonstram uma consciência ingênua, que não estabelece relações entre os fatos, que não questiona as próprias afirmações.

Creio que o trabalho das educadoras não é escolher um conceito de enfermagem para apresentá-lo como verdade às educandas. A discussão sobre diferentes concepções é necessária para trazer à tona os conflitos vividos pela profissão e discuti-los de forma crítica. Mais importante ainda é que, durante as atividades práticas cada uma confronte o seu fazer com seu conceito de enfermagem além de buscar um saber que seja coerente com o seu fazer pois, só assim, saber e fazer, teoria e prática podem transformar-se mutuamente.

Independente do discurso que assume, o tipo de atividade que cada aluna tem interesse em realizar e o conhecimento que valoriza indicam o que ela percebe como sendo o fazer e saber da enfermagem. Daí a importância de tomar suas experiências concretas como ponto de partida para a construção do conhecimento necessário ao exercício da profissão.

A realização de uma avaliação de enfermagem de um paciente hospitalizado, por exemplo, permitiu conhecer o domínio que as alunas possuíam de determinadas habilidades, como a de comunicação, além de permitir uma maior aproximação com o que elas entenderiam ser o saber e o fazer da enfermagem.

Uma das situações observadas, que ilustra adequadamente as características do comportamento do grupo, neste momento, pode ser assim descrita:

*Após as orientações sobre o exercício uma das duplas, formada por (A07) e (A28), conversa e resolve iniciar a avaliação do paciente pela leitura do prontuário. Uma das alunas pergunta o que é gastrostomia e, quando respondo, relaciona com a patologia do paciente dizendo: ah! ele não pode comer por causa do tumor de esôfago (A28). Permanecem cerca de dez minutos lendo o prontuário e depois dirigem-se ao quarto.*

*Aproximam-se do leito e, depois de apresentarem-se, pedem para fazer algumas perguntas.*

- "Como é que o senhor está?" (A28)
- "Bem"
- "Não sente nada?" (A28)
- "Não."
- "Não está se alimentando?"(A28)

Aluna continua fazendo perguntas sobre a história pregressa do paciente. "Sentia dor antes?" : "Devolveria vomitando?" "Desde quando estava assim?" "O senhor fuma?"; "Há quantos anos?"; "O doutor disse a causa da sua doença?"; "Não disse que o cigarro pode ser uma das causas?"; "Não? Mas pode ser."; "O senhor bebia?"; "Quanto?" "Bebia normal então?"; "O que comia?"; "O que gosta de comer?"; "O que não gosta?"

- "Quantos cigarros o senhor fuma?" (A28)
- "Três por dia."
- "Sempre fumou isso?" (A28)
- "É." Acena a cabeça em sinal afirmativo.
- "Nunca fumou mais, assim uma carteira ou mais por dia?" (A28)
- "Não."
- "Agora o senhor não está fumando, não é?" (A28)
- "Não."
- "O senhor fica, assim, nervoso por não fumar?" (A28)
- "É, fico."
- "É, mas o senhor não deve fumar mais. É pro seu bem." (A28).

Quando o paciente relata que tomou um gole de água a aluna imediatamente diz que "o senhor não pode fazer isto". Pergunta se o paciente já contou para o médico e, frente a resposta negativa, insiste em que deve contar pois o médico "não vai ficar brabo" (A28). O paciente responde a todas questões de forma monossilábica. A aluna fala em tom de voz claro, mantém contato visual com o paciente demonstrando valorizar suas respostas. Ao término da entrevista a aluna que a conduziu, A28, reforça a necessidade do paciente não fumar e de contar ao médico que tomou água.

Nesta situação específica, as alunas optaram por ler o prontuário antes de falar com o paciente e, portanto, tinham conhecimento que este era portador de um tumor inoperável de esôfago. Sabiam, também, que ele havia se submetido a uma gastrostomia para poder alimentar-se já que não conseguia deglutir nem mesmo alimentos pastosos. Apesar disso, e do fato de estarem realizando uma avaliação do paciente com o objetivo de planejar a assistência de enfermagem para aquele momento, começaram a interação procurando estabelecer a história do paciente, inclusive quanto a presença de fatores de risco para o aparecimento de neoplasia de esôfago.

A análise desta entrevista, além dos problemas relativos a forma de comunicação, levanta questões importantes sobre os dados que são relevantes para realizar uma avaliação de enfermagem e planejar a assistência, ou seja, como o Processo de Enfermagem está sendo utilizado por estas educandas. A maioria dos

dados obtidos na entrevista não auxiliam no planejamento da assistência de enfermagem e poderiam ser obtidos no prontuário. Apesar da teoria de enfermagem conhecida pelas alunas ser a das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, os aspectos relativos a estas necessidades não foram pesquisados.

Esta é, aliás, uma situação extremamente rica para discutir qual o objetivo das perguntas e orientações que realizamos. Qual o interesse que pode ter, para planejar a assistência de enfermagem, se o paciente alguma vez já fumou muitos cigarros? Porque, no período pós-operatório, seria necessário saber quais os sinais e sintomas o paciente apresentou antes do tratamento?

É preocupante observar que a atenção das alunas não se dirigiu justamente para o aspecto passível de intervenção pela enfermeira. Em nenhum momento procuraram estabelecer qual o impacto que a necessidade de alimentar-se por sonda de gastrostomia causou, e ainda iria causar, na vida deste paciente. Quais seriam os seus sentimentos em relação a sonda? Será que ele tinha condições e conhecimentos para alimentar-se por sonda em casa? Necessitaria de auxílio para enfrentar esta nova situação?

Estas alunas, assim como a maioria de suas colegas, ao realizar uma análise do próprio trabalho, afirmaram que um conhecimento mais aprofundado da patologia apresentada pelo paciente facilitaria a entrevista e o planejamento da assistência. Acreditavam que, conhecendo melhor os sinais e sintomas da patologia assim como seus fatores predisponentes, saberiam o que perguntar e, conseqüentemente, o que fazer.

No caso específico apresentado, as alunas sabiam que o paciente permaneceria com sonda de gastrostomia para alimentação e que não havia nenhum tratamento possível para a neoplasia. Portanto, o cuidado/assistência de enfermagem necessário a este paciente não guardava relação com os fatores de risco ou sinais e sintomas que o paciente pudesse ter apresentado anteriormente.

Esta preocupação em conhecer mais sobre a patologia dos paciente apareceu em outros exercícios e durante as atividades práticas, embora, muitas vezes, este 'saber' não fosse ser utilizado em ações junto aos pacientes. Este ponto deve ser

um objeto constante de reflexão durante as atividades práticas, ou seja, qual é o saber que está envolvido e é necessário para dar sustentação ao trabalho de enfermagem.

Apesar de pequenas variações, as alunas iniciaram a interação com o paciente perguntando a causa de internação e os sinais e sintomas que o levaram a procurar tratamento médico. Elas utilizaram os conhecimentos relativos a realização do histórico de enfermagem, apresentado em disciplinas anteriores, que inicia pela pesquisa das “*percepções e expectativas*” do paciente, sem levar em consideração as informações já constantes do prontuário ou o momento que o paciente estava vivendo, e se os problemas que haviam originado sua hospitalização ainda estavam presentes ou não.

Na verdade, as alunas utilizaram em distintos momentos da hospitalização, de forma irrefletida, um modelo de entrevista concebido para ser aplicado no momento da internação o que demonstra a não apreensão dos objetivos da própria entrevista.

A entrevista descrita também demonstra claramente o papel atribuído ao paciente e à enfermeira. O primeiro, embora tratado de forma atenciosa, foi reduzido a objeto do cuidado que deve seguir o que foi determinado, *o senhor não deve fumar mais*. A enfermeira detém o conhecimento e determina o que este paciente-objeto deve, ou não, fazer<sup>10</sup>.

A realização destes exercícios permitiu que eu começasse a conhecer melhor o grupo de alunas permitindo perceber já alguns problemas relacionados à comunicação e ao tipo de conhecimento que as alunas valorizavam, além de apontar outros temas importantes tais como a autonomia do paciente e os objetivos da assistência de enfermagem.

A análise destes exercícios também levantou questões que merecem especial atenção das docentes do curso: como e porque ensina-se o Processo de Enfermagem? Qual é o objetivo do curso ao adotar esta metodologia? As situações de

---

<sup>10</sup>As alunas utilizaram tom de voz claro, mantiveram contato visual com o paciente, sorriram, ou seja, mostraram-se gentis e interessadas. Apesar disto não criaram espaços para o paciente expressar seus sentimentos e determinaram o que ele deveria ou não fazer, independente de sua vontade ou possibilidades. A característica de uma relação não é estabelecida apenas pela forma de comunicação utilizada mas, também, pelo conteúdo desta. Embora as alunas não assumissem uma postura autoritária na verdade assumiram um papel extremamente autoritário.

estágio têm permitido a consolidação do conhecimento apresentado na teoria? A utilização pelas alunas do Processo de Enfermagem corresponde ao esperado?

Acredito que a forma de utilização do Processo de Enfermagem por estas alunas indique a não apreensão de seus objetivos, da sua razão de ser. Desta forma é apenas um saber memorizado e sua utilização é orientada pela concepção do senso-comum, de que o importante é a patologia, e não pela teoria que lhe dá suporte, as necessidades humanas básicas. O fato da utilização do Processo de Enfermagem não ser considerada necessária, ou viável, pelas alunas egressas, pode estar ligada à forma como este é trabalhado durante a graduação.

No início das atividades práticas do pequeno grupo, ficou bastante evidente a preocupação com o cumprimento da prescrição médica e a realização de técnicas de enfermagem. Cada estudante era responsável por selecionar o paciente ao qual prestaria assistência/cuidados durante o turno de estágio e a forma adotada para realizar esta seleção era consultar as prescrições médicas ou perguntar o *“que o paciente tem prá fazer”*.

É necessário esclarecer que técnicas, na concepção deste grupo, eram os procedimentos que exigiam habilidade motora como curativo, sondagem, punção venosa. A comunicação, por exemplo, não era referida como técnica assim como a avaliação e orientação de enfermagem.

Após a seleção dos pacientes, as alunas começavam suas atividades pela leitura da prescrição médica e, quando necessário, preparavam a medicação a ser administrada. Dificilmente olhavam a folha onde é realizado o registro dos sinais vitais, eliminações e drenagens. Nos primeiros dias a atividade de assistir/cuidar os pacientes resumia-se na implementação da prescrição médica.

Quando esta conduta foi analisada, o grupo apresentou como justificativa a necessidade de saber se havia medicação prescrita para o horário inicial do estágio. Como não tinham muita destreza, a demora no seu preparo poderia atrasar o horário de administração e, para evitar que isso acontecesse é que procuravam primeiro ler a prescrição médica e preparar os medicamentos necessários.

Certamente este argumento apresenta uma racionalidade mas, de qualquer forma, não explica porque o cuidado/assistência limitava-se à prescrição médica. Esta postura corresponde à concepção da enfermeira como responsável pela implementação e controle do tratamento médico anteriormente manifestada e traz consigo a idéia de que o objetivo da hospitalização é implementá-lo.

As alunas não tomaram consciência de que o controle da atividade de enfermagem é feito basicamente a partir da realização, ou não, dos procedimentos solicitados pelo médico, ou a partir de sua checagem na folha apropriada. Este tipo de controle é realizado não só pela equipe de enfermagem da instituição que serviu como campo de estágio como pelas próprias professoras, entre as quais obviamente me incluo, que utilizam a prescrição como guia para avaliar se a aluna fez o que *deveria ser feito*.

A centralidade da prescrição médica no trabalho de enfermagem foi observada por Lunardi Filho (1998) em um trabalho realizado junto a enfermeiras de três diferentes hospitais. Concordo com este autor quando afirma que os outros aspectos do cuidado/assistência acabam sendo relegados a um plano secundário e que

*“ao serem priorizados, esses procedimentos decorrentes da prescrição médica parecem configurar-se como a essência da assistência deslocando para a marginalidade as demais práticas cotidianas de cuidado, ao que parece, fundamentalmente caracterizadas como algo rotineiro.”* (Lunardi Filho, 1998, p.256)

Durante o próprio curso de graduação estas práticas de cuidado podem tornar-se rotineiras e desvalorizadas não sendo objeto de discussão, reflexão e nem mesmo de avaliação. É importante que docentes e discentes confrontem seu próprio conceito de enfermagem com o que realizam durante os estágios para determinar qual é o saber que devem buscar para embasar seu fazer e, ao mesmo tempo, criem espaço para este fazer.

Também é necessário tornar visíveis estas práticas de cuidados e valorizá-las durante o curso de graduação. A realização de trabalhos acadêmicos sobre estas práticas cotidianas, rotineiras pode auxiliar as alunas a ter outra percepção sobre estes fazeres e o conhecimento que lhe dá suporte. As alunas podem, por exemplo, pesquisar o tempo dispendido para a realização de um banho de leito e, considerando

o número de pacientes na unidade que precisa deste cuidado, calcular número de horas de trabalho utilizadas apenas na realização deste procedimento. O mesmo pode ser feito com relação a troca de decúbito, auxílio na deambulação e outras ações consideradas tão corriqueiras.

Problematizar os fatores envolvidos na tomada de decisão das alunas, e também das profissionais, pode tornar explícita uma gama variada de conhecimentos, oriundos tanto da experiência quanto da formação acadêmica, que são utilizados, mas não são reconhecidos. O dia a dia de estágio é rico em situações que podem ser exploradas, problematizadas, pesquisadas de forma a permitir não só a apropriação do conhecimento de forma crítica como também a construção de novo conhecimento. Os temas surgidos do próprio trabalho da enfermagem podem representar também uma forma de aproximação com as profissionais de campo permitindo um compartilhamento de saberes e fazeres.

Inicialmente as alunas haviam apresentado como saber próprio da enfermagem o Processo, além das técnicas, mas, durante sua ação nos estágios não o utilizavam como metodologia de trabalho orientando-se unicamente pela prescrição médica. Este fato, ao ser analisado e discutido levou a uma visão mais crítica tanto do Processo de Enfermagem quanto do próprio fazer das alunas durante os estágios.

Com o desenvolvimento do diálogo a respeito do saber necessário para cuidar/assistir os pacientes concretos, com os quais as alunas interagem, é que houve a busca de um cuidado/assistência que não se limitasse exclusivamente a prescrição médica. Sempre que possível as alunas utilizavam parte de período de estágio para consultar a bibliografia pertinente sendo que também realizavam leituras fora deste período a fim de instrumentalizar-se para cuidar/assistir. Ao interagir com o paciente, as alunas começam a valorizar outros aspectos do cuidado/assistência, além da simples execução de técnicas:

- *Prá alguns pacientes uma palavra, um gesto é muito mais importante que qualquer procedimento de enfermagem que tu possa fazer. (A06)*

Mesmo com o desenvolvimento da percepção de que muitos aspectos do cuidado/assistência não estavam vinculados à patologia, este conhecimento continuou a ser valorizado assim como a realização de técnicas com o objetivo de desenvolver a habilidade motora como pode-se observar na afirmação:

- *Hoje tava bom, não é professora? Olha só quantos curativos nós fizemos (consulta suas anotações) 10! Até (A03), que estava na avaliação, fez curativos. (A06)*

Esta aluna preocupava-se bastante com os pacientes, procurava planejar e executar uma assistência/cuidado que não se limitasse apenas à implementação da prescrição e mostrava-se bastante crítica com relação a assistência de enfermagem prestada. Mesmo assim considerou bom o fato de haver muitos procedimentos para serem realizados demonstrando a necessidade que sentia de adquirir destreza na execução de técnicas.

Na minha opinião, este dia em particular foi muito bom em termos de ensino-aprendizagem, não porque houveram muitos procedimentos, mas porque o grupo mostrou independência, iniciativa e seriedade nas atividades procurando sempre ajuda quando sentia necessidade, perguntando, discutindo comigo e as colegas as situações que apareciam, além de demonstrar grande entrosamento com a equipe de enfermagem da unidade. No entanto, estas habilidades e comportamentos ficaram em segundo plano e a realização de técnicas foi destacada. Esta postura reforça a invisibilidade de determinados saberes/fazer, como anteriormente mencionado. Cabe a professora demonstrar a importância que atribui a estes aspectos e problematizar sua relação com a futura atividade profissional.

Evidentemente faz parte do aprendizado desenvolver habilidade na realização de procedimentos, em especial aqueles que são privativos da enfermeira, no entanto, este não pode ser o foco do processo de ensino-aprendizagem de todas as disciplinas. Frente à realidade que as alunas como profissionais irão enfrentar, a realização de técnicas é apenas uma pequena parte, provavelmente a mais simples, das habilidades e conhecimentos que serão necessários.

A valorização das técnicas pode ser observada na própria equipe de saúde. Em uma das atividades desenvolvidas, uma das alunas acompanhava a enfermeira da unidade durante o turno de estágio. Em um determinado dia, a enfermeira precisou ausentar-se da unidade e solicitou à aluna que a acompanhava que realizasse os curativos que não seriam realizados pelos auxiliares de enfermagem. A aluna dividiu este curativos entre seus colegas e, a partir desta data, isto tornou-se um hábito, todos

os curativos que seriam executados pela enfermeira passaram a ser realizados pelo grupo.

A incorporação desta atividade foi realizada sem nenhum tipo de questionamento, como se fosse apenas o esperado, ou seja, assumiram que aqueles curativos eram da enfermeira e que elas, enquanto alunas, deveriam realizá-los. O fazer do serviço em questão passou a ter um cunho de determinação: se é o que a enfermeira faz, então é o que deve ser feito.

O fato das enfermeiras aceitarem, e encorajarem, esta postura mostra que esta atividade também foi considerada importante por elas. Na verdade a equipe de enfermagem considera o fazer procedimentos diversos como essencial para a formação das enfermeira, indicando, sempre, às alunas quais os pacientes têm mais coisas para fazer e, portanto, são mais interessantes (Cestari, 1997).

O questionamento desta postura só surgiu um pouco mais tarde, quando as alunas perceberam que o fato de assumir a realização de todos os procedimentos estava dificultando a concretização de outras atividades, em especial a prescrição de enfermagem e a discussão em grupo ao final do turno. Apesar deste questionamento, o grupo mostrou dificuldade em modificar sua ação o que indica a importância que conferiam ao desenvolvimento deste tipo particular de habilidade e sua aceitação do que é tacitamente imposto pela equipe de enfermagem.

Acredito que este exemplo demonstre como o fazer dos serviços se impõe como o que precisa ser feito, assumido como determinação e não como possibilidade. Mais do que isto mostra como este fazer, sem dúvida necessário, converte-se no próprio saber da enfermagem. O fato de incorporar qualquer tipo de atividade sem uma maior reflexão é característico de uma consciência ingênua que, através de uma educação libertadora, pode assumir um caráter crítico (Freire, 1993).

Assumir uma postura crítica quanto ao próprio fazer não significa que as alunas não devam realizar procedimentos, mas, simplesmente, que devem procurar estabelecer relações entre o que buscam aprender, a concepção de enfermagem que possuem e o trabalho que pensam realizar.

Do ponto de vista educativo, este exemplo demonstra como o simples copiar as atividades executadas nos campos de prática está longe de caracterizar um processo de ensino-aprendizagem. Mais do que aprender a executar procedimentos e cumprir rotinas, é necessário problematizá-los. Discutir o porque e como realiza-los e qual sua vinculação com a atividade profissional.

A mera repetição de atividades caracteriza o que Freire denomina de educação bancária e só será capaz de formar profissionais que se limitam a adaptar-se aos serviços de saúde, executando os fazeres que lhe são determinados. Uma educação problematizadora pode auxiliar os futuros profissionais a inserirem-se de forma crítica no mercado de trabalho buscando um fazer que seja mais criativo, consciente, respeitoso.

A técnica, valorizada tanto pelas alunas quanto pelas enfermeiras, surgiu como um saber e um fazer próprio enquanto que a atividade administrativa, que ocupa grande parte do tempo destas profissionais, não foi mencionada nem apresentada como um saber e um fazer próprio da profissão. O fato das enfermeiras não terem delegado as atividades administrativas às alunas, embora delegassem as técnicas, pode contribuir para a concepção de que o trabalho administrativo não deveria fazer parte da trabalho da enfermeira e que, portanto, não precisa ser ensinado-aprendido.

As escolas, ao centrarem sua atenção no cuidado/assistência direto ao paciente, relegam a administração a um segundo plano e não instrumentalizam suas alunas para o exercício desta atividade que, quase certamente, será por elas exercida como profissional. Esta ambigüidade, entre as atividades de cuidar e administrar a assistência já foi apontada por Leopardi (1994) que questiona quem será este profissional que, nas instituições de saúde gerencia o trabalho de assistência já que à enfermeira caberia apenas o cuidado/assistência direto aos pacientes.

O fato de desenvolver a maior parte do período de ensino-aprendizagem dentro das instituições pode levar as acadêmicas a irem se adaptando ao tipo de trabalho ali realizado passando a percebê-lo como a única possibilidade concreta. Nos casos, como o do curso em questão, em que as alunas desenvolvem praticamente

todos os estágios hospitalares em uma única instituição, esta percepção pode ser ainda mais forte.

No transcorrer do estágio, em várias situações, foi possível observar como o fazer das alunas pode ser moldado pela *lógica do serviço*. Ao final de um dia de estágio, discutimos alguns aspectos do cuidado/assistência prestado a determinado paciente o qual manifestou constrangimento em ter sua higiene íntima realizada pela aluna solicitando que o monitor (do sexo masculino) a realizasse. Uma aluna afirmou que:

- *Da próxima vez o (monitor) não deve ficar por perto na hora da higiene porque o paciente deve se acostumar com isso. Não dá prá ficar escolhendo quem vai cuidar dele (A06).*

Uma estudante afirmou, referindo-se a um paciente de dezenove anos com diagnóstico de neoplasia maligna que costuma descer para o primeiro andar onde estão localizadas a lancheria e os serviços de ambulatório:

- *Ele desce muito, então ele encontra outros pacientes, outras pessoas que perguntam o que ele tem e aí ele fala. Uma vez eu peguei ele falando com uma mulher que dizia: ah! mas tu tem que ver isso, que horror! Quer dizer se ele parasse mais na unidade, por ali, talvez ele não tivesse tanto este problema porque aí as pessoas dizem: ai que horror. Ele sobe e pobre de nós! Ele chega apavorado, não é? E fica num desespero e quer por que quer analgésico. Aí a gente diz: ué, tu tava lá embaixo e não tava sentindo dor. Mas eu subi porque tava com dor. E berra, berra, não há quem ature...(.) Tem gente pior precisando de mais atenção e a gente com o Carlos. (A01)*
- *Assusta os outros pacientes (A03)*
- *É, eles ficam perguntando: mas o que que tá acontecendo? Porque que não dão remédio pra ele? (A01)*

Quando a aluna afirmou que *tem gente pior precisando de mais atenção*, estava referindo-se a pacientes que tem mais procedimentos para serem realizados como medicação, curativo e controle dos sinais vitais. Esta é a lógica do serviço: frente a tantas coisas a fazer e contando com um quadro reduzido de pessoal prioridades devem ser estabelecidas. Da mesma forma, visto a predominância do sexo feminino entre os trabalhadores de enfermagem, logicamente é impossível atender as preferências dos pacientes quanto a ter os cuidados prestados por um homem ou mulher.

Acredito que a postura de afastar o monitor, assim com a de querer impedir a saída do paciente da unidade, já carrega consigo uma certa *dureza* que é própria dos serviços. Porque não atender a solicitação de um paciente quando possível? Porque a primeira resposta que surge tem como característica submeter o paciente aos interesses e características da instituição ou da equipe? Não seria o serviço que deveria atender aos interesses e necessidades dos pacientes?

Frente às duas situações, as alunas não pensaram em como, dentro das possibilidades concretas, atender as necessidades ou preferências dos pacientes mas apenas em os adaptar ao que é usual, rotineiro. O trabalho ao mostrar-se rotineiro, repetitivo, faz com que, ao longo do tempo, o sentido inicial de fazer, ou não fazer, alguma coisa seja perdido, e com isso, o que foi uma contingência torna-se simplesmente o que deve ser feito.

A lógica do serviço se infiltra no fazer da enfermagem de tal forma que passa a ter um aspecto determinante assimilado rapidamente pelas alunas. Acredito que uma das razões pelas quais esta lógica é tão facilmente aceita é a de que parte de fatos concretos, que são inegáveis. O que origina estes fatos e o que deles decorre é que deve ser objeto de reflexão na procura de alternativas que não visem apenas submeter o paciente ou facilitar o trabalho.

Certamente não é possível negar as limitações impostas pelas condições de trabalho, mas é necessário ter claro porque determinada forma de agir é adotada. O fato de não poder cuidar do paciente como seria desejável não significa que ele não tenha direito a tal cuidado. Em especial, é necessária atenção para que, com o correr do tempo, a equipe de saúde não passe a decidir quem é *merecedor* de atenção e quem não é, independentemente do tempo ou recursos disponíveis.

Aqui, novamente, o processo de reflexão torna-se fundamental para evitar que as alunas, e futuras profissionais, acabem por assumir como verdadeiro um discurso e uma postura que de fato se originam das condições, ou da falta de condições, para o exercício de suas atividades. Freire (1996) chama atenção para a necessidade de manter muito claro os motivos pelos quais determinado curso de ação foi tomado para evitar que o que foi assumido por imposição passe a ter uma caráter de verdade.

No dia a dia de estágio, é que se torna possível observar como vai sendo construída a relação com o paciente, com os outros membros da equipe, como estas relações influem e são influenciadas pelo saber e fazer da enfermagem. Acima de tudo, é possível descortinar como o ensino participa desta construção. Quando como professora e enfermeira, não apresento minha visão, de certa forma, aceito a dos outros e limito o diálogo que poderia ser estabelecido com as alunas e a equipe de saúde.

O diálogo como fundamento do processo de ensino-aprendizagem permite que a docente apreenda o significado do próprio processo para as alunas. Desta forma, com a utilização de uma escuta atenta, a professora aprende a ensinar respeitando as características das alunas e, ensinando, re-conhece o conteúdo e aprende mais sobre a metodologia de ensino.

Durante as atividades práticas, quando o número de alunas é reduzido, torna-se mais fácil não só apreender seus pensamentos e sentimentos sobre *o que e como* aprendem, mas, também, adequar a metodologia de ensino às características particulares do grupo.

No início das atividade junto aos pacientes, as alunas não assumiram um papel ativo na busca do próprio conhecimento. Limitavam-se à implementação da prescrição médica e suas perguntas eram do tipo funcional, visando apenas a execução das atividades prescritas (*faço o curativo?*), ou obter autorização para agir (*posso ficar com este paciente?*). A problematização sobre o conhecimento desejado/necessário, e o estabelecimento de uma relação dialógica, possibilitaram mudanças significativas nesta postura.

As alunas passaram a tomar a iniciativa de procurar o conhecimento que julgavam importante e necessário para o cuidado/assistência dos pacientes. Ao longo do estágio, mostraram-se cada vez mais curiosas e questionadoras, procurando respostas em diversas fontes, envolvendo-se não só com o cuidado/assistência dos pacientes que ficavam sob sua responsabilidade mas, também, com a organização do trabalho da enfermagem nesta unidade. A procura de bibliografia e a discussão com as colegas, auxiliares de enfermagem, professora e residentes tornou-se uma prática

comum levando a uma construção coletiva do conhecimento como pode ser identificado nos seguintes trechos:

- *Para mim ter escolhido esta paciente para prestar cuidados foi muito gratificante, pois tive a oportunidade de lidar com alguém ostomizado. Isso despertou uma necessidade de estudar mais o assunto fazendo com que eu procurasse bibliografia. ( A02)*
- *Eu senti esta facilidade (...), que eu podia perguntar,(dizer) ora eu não sei. Olha no livro, pergunta pra fulana, isso aí eu achei muito bom.(A07)*
- *Me senti muito a vontade em perguntar, pra ti, pros colegas também (...) quando eu acompanhei a enfermeira muita coisa eu perguntei prá ela. Prá mim foi muito bom, muito enriquecedor.(A03)*

Estas falas indicam que as alunas procuraram em diversas fontes as informações que julgavam necessárias. O fato de tentarem esclarecer suas dúvidas junto não só à professora e colegas mas também com os profissionais da equipe demonstra uma mudança significativa de atitude. Deixaram de ser aquelas que *tem que saber* para tornarem-se as que *desejam saber*.

Dividir a realização de cuidados/assistência aos pacientes com uma colega também foi considerado muito produtivo:

- *A gente discute, a gente aprende (...) Discutindo, lendo e falando a gente aprende, né? Quando tu tá sozinha é mais fácil decidir agora eu faço isso, depois aquilo, se torna mais ágil porque não precisa tá perguntando: tu faz isso? eu faço aquilo? É mais rápido, mas eu acho mais produtivo em dupla porque, quando tu tem um colega, tu tá falando o que tu acha, o que viu. O que um vê o outro não viu e o crescimento é bem maior. (A06)*

O trabalho em dupla, na opinião unânime das alunas, tem a grande vantagem de permitir a discussão, a troca de experiências, o auxílio mútuo. Mesmo a leitura da bibliografia, durante o período de estágio, era realizada em dupla para que pudessem discutir a compreensão de cada uma quanto ao material lido. Desta forma o grupo demonstrou claramente beneficiar-se com o trabalho conjunto, participativo, onde cada uma podia expor o seu saber , assim como seu não saber, tornando claro que todas tinham um conhecimento que deveria ser partilhado.

Construir o conhecimento de forma conjunta permite aprender não só o conteúdo, que é o objeto a ser conhecido, mas também o próprio processo de trabalho coletivo tão necessário à enfermagem.

A aluna, no trecho anteriormente apresentado, também apontou algumas limitações do trabalho em dupla que na verdade estão relacionadas com as dificuldades de um trabalho participativo, no qual não é apenas um a decidir. Outro possível problema também apontado na realização do trabalho em dupla foi o de dificultar o desenvolvimento da segurança individual.

Acredito que as alunas desejavam testar sua capacidade de enfrentar as situações sem o apoio permanente de uma colega. A assistência/cuidado direta ao paciente foi realizada em dupla e individualmente, de forma alternada, o que permitiu tanto compartilhar os conhecimentos quanto desenvolver a capacidade de decidir e agir de forma independente.

*“A autonomia vai se constituindo nas experiências de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas”* (Freire, 1997b, p.120). Desta forma não é possível esperar que, ao receber o diploma a aluna receba junto sua autonomia. Durante o estágio surgem oportunidades para que cada uma se experimente como sujeito capaz de tomar decisões e de ser responsável pelo próprio fazer o que a leva a construir a própria autonomia que *“enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser”* (Freire 1997b, p.121).

É necessário que a aluna tome decisões, faça escolhas, tente novas formas de atuação para que possa desenvolver-se como pessoa e profissional. Considerando, no entanto, que o fazer nos serviços pode tornar-se rotineiro e acrítico, é necessário também que ela reflita sobre seu fazer para que seja capaz de tomar decisões de forma consciente, a partir de princípios, valores e conhecimentos. Ou seja, o exercitar a autonomia exige seriedade e reflexão, não pode ser puro ativismo.

A forma como é conduzido o processo de ensino-aprendizado pode facilitar ou dificultar o desenvolvimento da autonomia das educandas. A necessidade de, durante o curso de graduação, desenvolver atividades de forma autônoma para estar melhor instrumentalizada para iniciar suas atividades profissionais foi manifestada por um grupo de enfermeiras, todas egressas deste mesmo curso de graduação. Estas profissionais expressaram o sentimento de que, durante os estágios, de certa forma, foram protegidas e que isto dificulta sua iniciação como profissional (Siqueira, 1998).

As alunas procuraram experienciar, sozinhas ou em dupla, situações diversificadas. Além de *fazer*, como já discutido, o *ver* procedimentos foi entendido como uma forma de aprendizagem significativa, como pode-se observar nos trechos dos grupos de reflexão:

- *(a proposta), quando ficam em dupla, de um ficar lendo, em muitos casos não foi possível, porque as duas querem ver tudo, querem acompanhar o paciente e, então, acabam fazendo tudo juntas. (A02)*
- *Porque todo mundo chegava no estágio e, de uma certa forma, a gente tava com um e tava com todos ao mesmo tempo, né? Pintava um procedimento diferente com um dos colegas todo mundo ia ver... (A01)*
- *Todo mundo queria olhar... (A02)*

Essa necessidade de fazer e ver procedimentos pode estar ligada ao entendimento da técnica como um fazer e um saber próprio da enfermagem. Acredito também que como a realização de procedimentos é uma atividade *visível*, tanto para os pacientes como para a equipe e docentes, isto a torne mais cobrada e, conseqüentemente, priorizada. Também é fato que a habilidade em realizar procedimentos confere um certo *status* à enfermeira por ser valorizada por toda equipe.

Quando refletem sobre seu interesse em realizar procedimentos as alunas apresentam alguns fatores que o condicionam:

- *É bom a gente pegar estes curativos porque a gente ganha assim mais prática. Ler eu posso ler em casa mas curativo só tem aqui no hospital. (A02)*

O ato de ensinar-aprender, que implica no de conhecer, envolve os sentidos, as emoções, os desejos, os medos, as dúvidas e também a razão crítica (Freire, 1997d). Deste ponto de vista, o argumento apresentado é lógico pois só no hospital é possível às alunas vivenciarem determinadas situações de cuidado/assistência que as auxiliarão a construir seu conhecimento profissional. Por outro lado há uma curiosidade natural das alunas em *ver* o que ainda não viram, *fazer* o que ainda não fizeram.

Nem a curiosidade nem a vivência devem ser subestimadas ou desvalorizadas. A transformação de um fazer por curiosidade, por desejo de aprender, em um fazer rotineiro, mecânico, é o que deve ser objeto de reflexão, assim como a redução de todo o trabalho da enfermeira à realização de procedimentos.

Os estágios, por suas próprias características, envolvem a utilização dos sentidos e sentimentos e proporcionam desenvolver o *saber como*. As disciplinas teóricas, a leitura, o estudo, permitem a construção do *saber o que*<sup>11</sup>. No entanto teoria e prática não são separadas mas complementam-se, interpenetram-se. A problematização da prática permite aproximá-la da teoria e, com isto, possibilita a construção de um *saber fazer* crítico no qual teoria e prática se iluminam mutuamente.

Ao questionarem as próprias ações, as alunas demonstram crer que esta necessidade de executar procedimentos é característica do momento atual:

- *Eu acho que isso vem com o tempo, né? A partir do momento que a gente for profissional a gente não vai ter aquela vontade de no sentido assim, apareceu uma punção (...) a gente vai pegar, né? Deixa as outras coisas e vai correndo porque sabe que, as vezes não vai aparecer mais uma oportunidade (...) A gente tem vontade de aprender (A03).*
- *Agora a gente acha que a gente tem a obrigação de fazer pra aprender (A02).*

O desejo de aprender é indispensável para que haja aprendizagem. A associação entre *aprender e fazer* demonstra que as alunas acreditavam aprender fazendo.

- *Por exemplo quando aprende punção, fala do garrote mas tem gente que nunca viu um garrote. Era prá ir pro laboratório, fazer uns nos outros, mas não. Explica, mas fica tudo na teoria. Aí pega tudo aquilo e joga tudo no estágio: agora vocês tem que saber fazer. Mas como que não sabe? Viu na teoria, viu no livro, agora tem que fazer aqui. Mas eu nunca vi fazer; mas tem que fazer, e bem feito. (A01)*
- *É, o professor diz: já sabe tudo, né? (A07)*
- *É, na primeira vez tu pode não acertar. Na hora de puncionar, com o paciente, tu vai tentar. Se a pele é muito grossa tem que fazer mais força, quando a pele é muito fina, quando tu vê, já transfixou a veia. Tudo isso tem que ver, o professor deve ensinar na hora de fazer. Mostrar quando a pele é muito grossa ou muito fina, tem que enxergar isso, falar pro aluno (...) Por exemplo, vai fazer uma sondagem, já viu a teoria mas nunca viu uma sonda, não conhece o material, então a pessoa não sabe fazer (A01).*

A aluna demonstrou claramente a distinção entre um saber teórico, *viu na teoria, viu no livro*, e o saber fazer. A habilidade manual só pode ser adquirida através

<sup>11</sup> Benner (1984) diferencia o conhecimento teórico, *saber o que*, de conhecimento prático, *saber como*. A autora afirma que as enfermeiras adquirem conhecimento com a experiência podendo tornar-se experts. Salienta, no entanto, que a aquisição deste conhecimento prático, construído através da experiência, exige um sólido conhecimento teórico. O trabalho desta autora, realizado nos Estados Unidos, refere-se especificamente ao conhecimento relacionado ao cuidado/assistência direto aos pacientes.

do exercício, do treinamento. Da mesma forma é necessário ver e tocar o material que será utilizado na realização de procedimentos para que a aluna possa realmente conhecê-lo. Assim, concordo com a aluna quanto a necessidade de tocar, olhar, manusear para desenvolver um determinado *saber fazer*. Também concordo com a idéia de que, durante a realização dos procedimentos, a professora pode ajudar chamando a atenção para as características peculiares da situação.

Por outro lado, creio que é inquestionável a necessidade de domínio de um conteúdo teórico para aprender a fazer determinado procedimento. No caso de uma sondagem vesical, por exemplo, é indispensável que a aluna conheça anatomia e princípios de assepsia para que possa executar o procedimento de forma segura para o paciente. O *saber o que* orienta o *saber como*.

O não domínio do conhecimento teórico é que torna a aluna, e futura profissional, prisioneira de uma técnica normativa, onde sempre os mesmos passos devem ser seguidos. O conhecimento dos princípios que orientam a técnica é que permite sua adaptação às situações concretas. Na execução do procedimento é necessário tanto o *saber como* quanto o *saber o que*. A apreensão destes dois tipos de conhecimento é que pode exigir meios e métodos distintos.

Na percepção das alunas, durante outros estágios, foi cobrado um *saber como* que elas não possuíam e, por não conseguir executar um determinado procedimento, a aluna sente-se incapaz, incompetente:

- *Aí o aluno fica agoniado porque não vai conseguir pegar uma veia no paciente. Acha que é o ultimo dos infelizes. Tem que dar uma chance. (A01)*

É possível que, ao afirmar que a aluna já sabe, a professora estivesse referindo-se ao conhecimento teórico necessário para a realização do procedimento, e não ao domínio da habilidade motora. A forma de condução dos estágios, não separando a habilidade motora do conhecimento sobre o que fazer, parece contribuir para uma sobrevalorização do *fazer* e desvalorização do *saber*. Além disto, pode aprofundar a aparente dicotomia entre teoria e prática levando ao sentimento de que não é possível aplicar o que *aprendeu no livro, aprendeu na teoria* na realização do cuidado/ assistência.

Outro aspecto que parece reforçar esta separação entre teoria e prática é a dificuldade das alunas em transferir o conhecimento teórico para as situações concretas como indicam as falas:

- *É, a gente vê assim uma aula teórica de choque aí a gente vê um paciente assim em choque. Até a gente associá aquilo que a gente viu em aula com aquilo que a gente tá vendo ali... A gente olha e não enxerga. (A05)*

A transposição do conhecimento teórico para as situações práticas não ocorre de forma linear. Não basta, por exemplo, a aluna saber enunciar os sinais e sintomas de choque para que reconheça um paciente em choque. Neste caso, novamente é possível observar como o contato com as diferentes situações, como a experiência, participa na construção de um conhecimento que oriente a ação. Benner (1984) já apontou como as enfermeiras experientes conseguem avaliar situações a partir de um quadro mais geral, o que já não acontece com as alunas, ou enfermeiras iniciantes, que necessitam do auxílio de modelos para orientar sua ação.

Mesmo considerando que a experiência obtida por uma aluna seja necessariamente limitada pelo próprio tempo, é possível ajudá-las a maximizar seus resultados positivos. Isso pode ser feito através da problematização das situações nas quais a aluna *"olha mas não enxerga"*, que, por um processo de sistematização, podem levar ao domínio de modelos de avaliação e intervenção adequados para auxiliá-la a realizar o cuidado/assistência de forma segura. De acordo com Gandin, *"a experiência não vem de se ter vivido muito, mas de se ter refletido intensamente sobre o que se fez e sobre as coisas que aconteceram"* (Gandin, sd, p. 13).

Para que seja possível problematizar as diferentes situações, é necessário que a professora tenha familiaridade com o que acontece nos campos de estágio e que tenha maior capacidade de olhar e ver. A participação no processo de ensino-aprendizagem das enfermeiras de campo, que por sua experiência já alcançaram maior competência na avaliação e intervenção junto aos pacientes, também revela-se muito importante. Daí a necessidade das alunas procurarem construir seu conhecimento também junto à equipe que trabalha nos diferentes locais e estágio.

A existência de um ambiente favorável para o ensino-aprendizagem é outro fator que, junto com a problematização, pode auxiliar as alunas e professoras a obterem o maior proveito possível das situações vivenciadas. Um ambiente favorável, acredito, inclui o espaço para as dúvidas e incertezas, o compromisso com a busca do

conhecimento e pressupõe a existência de uma relação respeitosa entre alunas e professoras cuja base é o diálogo verdadeiro.

O confronto com uma postura autoritária pode levar as alunas a adotarem a estratégia de cumprir o que a professora quer, de agir com base no controle externo. Isto dificulta o enfrentamento e superação de suas próprias dificuldades e pode levá-las a, como profissional, adotar o mesmo fazer limitado a cumprir determinações. A participação do ensino na formação de profissionais submissos já foi apontada em trabalhos como o de Lunardi (1994) e Loyola (1987).

Por outro lado, uma atitude licenciosa desvaloriza o esforço para a construção do conhecimento, e o próprio conhecimento, podendo gerar um saber e um fazer baseado apenas no senso-comum.

Aprender, conhecer, exige esforço e uma disciplina que não pode ser imposta, mas deve ser construída pela própria aluna. Esta disciplina inclui a seriedade no estudo, a aproximação questionadora do objeto de conhecimento, a certeza incerta, o compromisso com o próprio fazer. Este compromisso, que também não é imposto por normas ou regras, surge da consciência da importância e significado do próprio trabalho, da compreensão de que o saber adquirido foi socialmente construído e, portanto, pertence a todos.

A leitura é um instrumento essencial para a aquisição de conhecimento, e foi estimulada durante todo o estágio. No entanto, as alunas demonstraram dificuldade na transposição do lido para as situações concretas:

- *Que nem a gente lendo aquela hora, antes de fazer o curativo ali do dreno, né? De trocar os frascos, né? Li um monte de coisa, né (A03) ? Acho que doze passos, treze, nem sei. Ai, luva estéril e não sei o que mais. Alguns detalhes a gente cuidou assim, mas é muita, muita, muita coisa (A04).*

A aluna, neste caso, estava referindo-se a curativo na inserção de dreno de tórax e troca dos frascos de drenagem, procedimento que leram em livro de técnicas logo antes de realizá-lo.

A leitura também não é um ato mecânico no qual o significado do texto se dá ao leitor mas, antes de tudo, é um diálogo com o autor. Ler é “apreender como se dão as relações entre as palavras na composição do discurso” (Freire, 1997c, p.76). É esta leitura crítica que as alunas não estão habituadas a realizar. Ao ler a descrição da

técnica, provavelmente, a aluna estava procurando memorizar os passos prescritos, sem procurar a relação entre eles e também sem questionar a razão para a existência destes passos. Ela não foi capaz de separar o que de fato era desconhecido para ela ( o frasco em si) do que era conhecido (necessidade ou não do uso de luvas) e poderia ser apreendido através da leitura.

Desta forma, por não saber ler de forma crítica, as alunas subestimam o próprio potencial de aprendizagem através da leitura. Não relacionando texto e contexto, o que lêem parece não dizer respeito a suas experiências concretas. Durante o desenvolvimento deste trabalho, procurei, em algumas situações, ler junto com as alunas para problematizar o lido e tentar construir, junto com elas, outro entendimento de leitura. No entanto, acredito que este tipo de atividade necessite ser desenvolvido de forma mais sistemática ao longo desta e outras disciplinas já que a leitura crítica é ferramenta indispensável para o futuro profissional.

A leitura crítica dos textos não está separada, ou não deveria estar, da leitura crítica do mundo. Este é um ponto que precisa ser melhor desenvolvido nas futuras experiências com esta disciplina.

A curiosidade natural das pessoas, que por ser ingênua, leva ao conhecimento do senso-comum, pode ser transformada em uma curiosidade epistemológica na qual há uma aproximação sistemática do objeto a ser conhecido e que permite uma postura crítica frente ao que se conhece. A curiosidade, ainda ingênua, que leva as alunas a querer ver todos os procedimentos precisa ser respeitada para que, através do processo educativo, possa ser transformada em uma curiosidade epistemológica e estendida a outras áreas do saber e fazer da enfermagem.

Esta curiosidade sistemática como inquietação indagadora é que pode ajudar a aluna a evitar um fazer rotineiro, estereotipado, mecânico. A professora ao problematizar mesmo as situações mais simples e, aparentemente, de domínio da aluna, auxilia a despertar esta nova forma de curiosidade. Deve-se procurar as razões do fazer rotineiro, tanto as de ordem técnica quanto operacionais.

Ao observar e, especialmente, ao ouvir as alunas torna-se claro como muito do seu fazer já é rotineiro e como o simples fato de repetir quotidianamente um mesmo fazer torna-o, aparentemente, verdadeiro:

*Ao preparar medicação (A03) pergunta qual seria a diluição adequada e surgiu uma dúvida porque as alunas haviam recebido uma orientação diferente da minha. Em reunião com o grupo retomei o assunto perguntando porque utilizavam uma determinada diluição*

- *Na (unidade de clinica) médica é assim que se faz. (A05)*
- *Eu diluo em 20 (ml) na seringa e depois completo até 70 (ml) na bureta. (A04)*
- *Eu geralmente diluo ela na bureta ou então eu pego um sorinho de 250 (ml) porque eu nunca sei se o paciente vai aceitar bem ou não. Tem paciente tu passa em 20 ml e tu passa tranqüilo(...) tem uns que tu dilui em 150, que é a bureta, e tem que ser uma gota aqui outra ali porque eles juram que tá doendo. Então eu já pego um sorinho de 250 (ml), desprezo um pouquinho só, e diluo ali e aí tu pode botar o gotejo a correr que jamais o paciente vai se queixar que tá doendo, por mais sensível que ele seja. (A01, aux. de enf.)*

A justificativa para seguir determinada diluição porque *"na médica é assim que se faz"* foi inicialmente aceita como suficiente e adequada. A aluna que é auxiliar de enfermagem adota outra diluição com o objetivo de tomar seu trabalho mais ágil e evitar queixas de dor e atraso na administração do medicamento. Está considerando a racionalidade do serviço que exige a realização de tarefas dentro do tempo disponível e com o menor número de queixas por parte dos pacientes, que só atrasam o próprio trabalho.

A problematização desta situação levou as alunas a perceberem a diluição de medicamentos não como um fato isolado, que pode ser resolvido a partir exclusivamente do senso-comum, mas relacionada a vários outros aspectos inclusive o volume total de líquido que será administrado via parenteral. Analisando a situação concreta de pacientes aos quais as alunas haviam prestado cuidados/assistência, ficou claro que o volume total administrado precisa ser levado em conta para evitar comprometimento da segurança deste.

A curiosidade contida na pergunta sobre qual a diluição correta, através do questionamento das implicações do uso de diferentes diluições, foi transformada em uma curiosidade mais exigente *"quanto mais pomos em prática de forma metódica a nossa capacidade de indagar, de comparar, de duvidar, de aferir, tanto mais eficazmente curiosos nos podemos tornar e mais crítico se pode fazer o nosso bom senso"* (Freire 1997b, p.69).

A prática é realmente fonte importante de aprendizagem, mas uma prática irrefletida limita-se ao senso-comum que não pode servir de base para a ação de uma profissional. Portanto, durante sua formação, é necessário que as alunas sejam estimuladas, desafiadas, encorajadas a adquirir uma forma de pensar certo.

Pensar certo é uma postura exigente que devemos ter perante os outros e nós mesmos para evitar simplismos e incoerências e está relacionada com uma aproximação metódica do objeto a conhecer. Acima de tudo, para pensar certo é necessário não estar demasiadamente certo de suas certezas (Freire, 1997b).

Outro aspecto que deve ser considerado quando do desenvolvimento do estágio é a ansiedade que a relação face a face com o paciente causa. Embora as alunas possam dominar o conhecimento sobre o que e porque fazer e desenvolver alguma habilidade manual em laboratório, o enfrentamento das situações concretas traz consigo um considerável grau de ansiedade que dificulta a realização de procedimentos e pode reforçar a sensação de não saber :

- *Não tem como tu perder o medo de fazer uma punção por um abocath, se tu não colocá a mão. Eu principalmente sou assim, né? (...)eu posso ler trinta vezes num livro que, negócio decorado, eu não vou conseguir (fazer). Agora, se eu for lá, (...) eu vou ter que fazer, vou fazer. Da próxima vez eu já vou saber.(A03)*

De fato, não existe forma de "perder o medo" sem enfrentá-lo e, neste sentido, o estágio é um recurso extremamente valioso. É necessário, no entanto, questionar que outros medos a aluna deveria enfrentar, e perder, para instrumentalizar-se adequadamente para o exercício profissional.

Nas situações concretas dos serviços de saúde, na maioria das vezes, a enfermeira não presta apenas cuidados diretos ao paciente mas recebe encargos administrativos e burocráticos. O ensino prático, ao não apresentar esta realidade às alunas não permite que elas enfrentem, ainda durante a graduação, as dificuldades inerentes a estas atividades. Desta forma, não é de surpreender que enfermeiras recém-formadas tenham dificuldade em enfrentar as demandas do mercado de trabalho já que "vivenciam na prática situações muito diferentes daquelas experiências que tiveram na escola" (Lima, 1994).

O desenvolvimento de um estágio no qual as alunas realizem atividades diversas, como prestar cuidado/assistência direta, acompanhar a enfermeira, realizar avaliação e evolução de todos os pacientes, permite que elas desenvolvam uma percepção mais crítica do trabalho da enfermagem:

- *Agora também a gente vai fazer coisas diferentes, como ver todos os pacientes. Se não a gente chega em administração e não sabe nada. Eu acho isso aí super importante. E aí a gente já vai vendo mais o que a gente acha, do papel da enfermagem (A06).*

Avaliar o *papel da enfermagem* nas diferentes instituições é importante para que a aluna possa realizar uma reflexão crítica tanto sobre o trabalho quanto sobre o ensino. Ou seja, o contraponto entre o que *vê* na academia e o que *vê* nos campos de estágios é fundamental para que a aluna reflita sobre as relações entre o ensino-aprendizagem desenvolvido e o trabalho concreto da enfermagem. Realizando atividades que são mais semelhantes as que a enfermeira desenvolve, as alunas passam a reconhecer não só as dificuldades concretas à sua execução como também as habilidades e conhecimentos que precisam dominar para enfrentar estas dificuldades:

- *Fiquei assustada com o tempo que levei prá fazer avaliação e evolução dos pacientes (...) foi bom fazer este exercício, a gente fala mas não sabe como é, quando vai fazer vê que não é bem assim, vê como é difícil (...)Eu quero vê é depois de formada. Eu falo, falo ... (A06).*

A aluna ficou *assustada* com o tempo que levou para realizar avaliação e evolução dos pacientes. Da discussão desta sua experiência com as colegas, que também trouxeram a própria experiência, ela pôde implementar outras estratégias para a realização desta atividade. Além disso, o grupo pôde avaliar de forma crítica a realização do Processo de Enfermagem, as condições necessárias para sua exequibilidade e a habilidade que ainda precisaria desenvolver.

Mais importante é que, através da própria experiência, as alunas passaram a adotar outra postura quanto ao trabalho realizado pelas enfermeiras. Quando o estágio é desenvolvido de forma separada do trabalho da equipe de enfermagem, as alunas realizam uma crítica baseada unicamente no que acreditam que deveria ser este trabalho, se realizado em condições ideais. Quando há uma maior aproximação, e alunas e professoras se confrontam com as dificuldades concretas, a crítica pode

transformar-se em reflexão quanto às razões que condicionam a realização deste trabalho e que não se limitam exclusivamente a competência/incompetência da enfermeira.

Todo grupo concordou em que a realização de atividades diversificadas levou a um maior envolvimento com o próprio serviço e seus trabalhadores o que foi importante para sua aprendizagem.

Acredito que é a tomada de consciência quanto aos múltiplos fatores que condicionam o trabalho de uma profissional que leva a aluna a preocupar-se com seu futuro desempenho, *quero ver quando eu me formar*. Essa tomada de consciência é um passo indispensável para que a aluna possa procurar construir um saber fazer capaz de atender tanto sua concepção sobre enfermagem quanto o enfrentamento das situações concretas do mercado de trabalho.

Os dados aqui discutidos como a consciência ingênua das alunas quanto ao seu próprio fazer, a dicotomia entre o discurso e a prática, a rápida incorporação do fazer dos serviços pelas alunas, apontam não apenas para as dificuldades particulares deste grupo, mas sinalizam para problemas do curso desde sua concepção até sua implementação.

O saber da enfermagem, que supostamente deve ser apropriado pelas alunas, não parece estar sendo abordado de forma sistemática ao longo das disciplinas de forma a que possa ser apreendido e aprendido em profundidade. Isso não significa que seja necessário, ou mesmo possível, a eliminação dos conflitos e contradições inerentes a este saber mas sim, que este deve ser tomado seriamente como objeto a ser conhecido e re-conhecido.

Ao desenvolver as atividades de estágio talvez seja necessário que alunas e professoras abandonem a atitude rotineira tanto quanto ao ensino como quanto a assistência/cuidado de enfermagem prestado para *“deixarmo-nos penetrar pelo estranhamento das coisas e acontecimentos que nos rodeiam, tentar subtrairmo-nos à força da “atitude natural” que apresenta uma tendência constante em levar a melhor”* (Coulon, 1995).

A experiência concreta com as alunas em campos de estágio, sua ação e seu discurso, tornam evidente a necessidade das docentes tomarem sua prática de

ensino como objeto de reflexão procurando descobrir as relações entre nosso fazer pedagógico e o fazer de alunas e profissionais. Só procurando as incoerências de seu fazer será possível a construção de um projeto pedagógico coerente com o que desejam.

A consciência ingênua das alunas e professoras quanto ao próprio fazer, e ao saber que pode lhe dar sustentação, talvez seja o maior desafio a ser enfrentado na tentativa de construir uma educação libertadora, trabalho a ser realizado com a participação dos sujeitos deste processo.

#### 4. O TRABALHO DA ENFERMAGEM

Ao refletir sobre o cuidado/assistência que prestavam aos pacientes as alunas passaram a questionar também o cuidado/assistência prestado pela equipe de saúde. A partir das experiências nas instituições nas quais realizam estágios, ou trabalham, as alunas começaram a discutir o que é e o que deveria ser o fazer da enfermagem:

- *É uma coisa que eu brigo com o pessoal. As vezes não dá prá fazer tudo mas a enfermeira diz que não, que tem que dar, que tem que dar. A equipe se rebenta prá poder fazer tudo. As vezes não tem aparelho para verificar pressão mas a enfermeira diz: se virem, vão atrás, pede emprestado (...) Como é que a enfermagem tem que fazer tudo? Os outros profissionais, se não tem condições, não fazem. Mas a enfermagem pode tudo, tem que fazer. Só a enfermagem que tem condições de tudo. E tudo é cobrado da enfermagem. Se a enfermagem fosse fazer só o que é dela ia dar um atendimento dez vezes melhor. (A01, auxiliar de enfermagem)*

O ter que fazer de qualquer maneira, surgiu em diversos momentos sendo um tema extremamente importante que merece aprofundamento. O quanto esse ter que fazer acaba tornando-se um fazer de qualquer maneira? Um fazer que é só para cumprir formalidades, ou seja, perde-se o objetivo do trabalho que passa a ser um executar tarefas programadas em lugar de prestar uma assistência/cuidado de enfermagem com qualidade. Esse ter que fazer acaba desconsiderando o paciente como pessoa já que ele torna-se apenas objeto de tarefas que tem um fim em si mesmas.

Note-se também que este *fazer* referido pela aluna está ligado basicamente a implementação da prescrição médica que é o que é cobrado tanto pelas enfermeiras quanto pelos outros profissionais da equipe de saúde. Desta forma, o *fazer* da enfermagem não vinculado à prescrição médica é escamoteado, pode não ser realizado, o que reforça sua desvalorização.

Mesmo quando as condições materiais impedem a realização correta de determinado procedimento, este é executado, como quando todos os esfigmanômetros disponíveis estão desregulados e é verificada e registrada a pressão arterial dos pacientes, mesmo que este dado seja absolutamente não confiável. Da realização de forma incorreta à não realização, mantendo o registro, é um passo bastante curto que desrespeita o paciente, desvaloriza o profissional e o próprio trabalho.

Este comportamento talvez seja adotado para evitar recriminações ou possíveis punições como indica Lunardi Filho (1998, p. 243) quando afirma que "*a checagem de determinado item da prescrição médica ou a presença de registros na folha de controles parecem corresponder às suas reais realizações, constituindo-se , assim em possível estratégia suficiente para conter a ira das chefias*".

É inegável que o receio da cobrança da chefia, ou de outros membros da equipe de saúde, pode levar as trabalhadoras de enfermagem a tomarem esta atitude. Para além do receio de punições, talvez, exista também uma visão ingênua e pouca valorização do próprio trabalho. Se determinados cuidados podem apenas ser registrados, embora não tenham sido realizados, talvez haja o sentimento de que estes não eram realmente importantes. Contraditoriamente, como estes cuidados representam o *fazer* da enfermagem, devem aparecer como realizados até mesmo como justificativa para a existência deste profissional na instituição.

A própria percepção das alunas de *que tem que saber* e o fato de, em virtude disto, realizarem as ações de cuidar/assistir mesmo sem saber como, ou porque, pode ser precursora desta postura de simplesmente *ter que fazer*, independentemente da adequação ou qualidade deste *fazer*. Na medida em que as professoras aceitam este cuidado/assistência, realizado apenas para cumprir uma formalidade, esta percepção é reforçada. Na medida em que o cuidado inadequado, ou não realizado, aparentemente não gera problemas reafirma-se sua não necessidade.

O fato das alunas não lerem a folha de registros realizados pela enfermagem, observado neste e em outros grupos, talvez esteja relacionado com a aceitação implícita da não confiabilidade destes dados.

Ainda, discutindo o saber e fazer da enfermagem, uma aluna afirma que:

- *A enfermagem tem que tirar essa consciência de submissão. A bioquímica, a farmacêutica dizem: não é minha função, não faço. E pode ser a coisa mais importante (...) Como com as NPT, prescreveu agora, se a enfermeira não saísse correndo pra fazer, Deus o livre. Agora, se começou a NPT num feriado, no feriado a farmacêutica não trabalha; ah! a farmacêutica não trabalha, então vamos ter que esperar até amanhã prá começar. A enfermagem, prescreveu, daqui a dez minutos tinha que estar a NPT pronta. E aí? A enfermagem é que está errada, porque a gente não diz não é minha função. Ela se esconde naquele: ah! prá não deixar o paciente que tá precisando. (A01)*

Acredito que o trecho acima levanta questões extremamente relevantes: o fato da enfermagem não decidir o que é da sua competência, demonstrando uma posição submissa e permitindo que os limites de sua competência sejam estabelecidos por outros membros da equipe; a visão de que a cobrança aos profissionais da enfermagem é maior do que aos outros profissionais da área da saúde; a utilização da *necessidade do paciente* como justificativa para assumir uma posição submissa.

As razões que podem levar a enfermagem a não estabelecer os limites de sua competência certamente são complexas e podem ser estudadas sobre diferentes aspectos. Um dos fatores que pode estar implicado na gênese deste comportamento é o fato de executar seu trabalho de forma mecânica, sem a utilização explícita de um corpo de conhecimento que lhe dê sustentação. Desta forma, os limites de ação e competência deste profissional podem tornar-se extremamente frouxos. A insegurança quanto ao saber que lhe é próprio, assim como sua não valorização, podem levá-las a simplesmente aceitar as determinações dos serviços, ou de outros profissionais, quanto ao que é o seu fazer.

O contato com a realidade dos serviços de saúde, onde o fazer adquire um sentido em si mesmo, pode levar a uma desvalorização do conhecimento que, supostamente, orientaria este fazer como observado por Caldeira (1992) ao estudar a realização de Estágio extra-curricular por alunas de enfermagem. Neste estudo, a autora constatou que as acadêmicas realizavam estágio extra-curricular em áreas para

as quais ainda não tinham preparo formal, mesmo atuando sem o acompanhamento de uma enfermeira, e que se desinteressavam pela disciplina correspondente, quando a cursavam, por sentirem que já haviam aprendido na prática.

*Assim, ao ter a disciplina correspondente, a impressão que os alunos tem é que já sabem quase tudo. Essa percepção imediata é, fruto de uma prática fragmentada, deixa a idéia de uma falsa totalidade. Na verdade é um saber falso e falsificador (...) que por atender as necessidades imediatas dos alunos, confere a eles certa satisfação, negando-lhes o acesso a um saber sistematizado, crítico e transformador. Com isso delinea um futuro profissional passivo, pouco questionador e alheio as lutas empreendidas pelos órgãos de classe (Caldeira, 1992, p.148).*

Não é apenas nos estágios extra-curriculares que as alunas desenvolvem este *saber fazer* acrítico. A própria escola, ao não valorizar adequadamente a experiência concreta das educandas e apresentar um conhecimento aparentemente desvinculado da realidade, reforça este tipo de postura. O eterno discurso sobre o que *deveria ser* sem a proposta e discussão de estratégias e instrumentos que possam levar ao alcance deste *dever ser* torna-se simples verbalismo e é entendido como teoria, algo que não tem relação com a vida real.

A afirmativa da aluna de que a enfermagem se *esconde* atrás das necessidades do paciente também foi extremamente pertinente, permitindo uma maior discussão quando ao compromisso que a enfermeira, como profissional, assume com seus paciente.

Inicialmente duas questões podem ser feitas: até que ponto as necessidades dos pacientes estão de fato sendo satisfeitas? Até que ponto estas necessidades justificam as atitudes das profissionais de enfermagem?

Será que prestar uma assistência/cuidado cheia de riscos, devido a falta de recursos humanos e materiais, é melhor para o paciente do que denunciar esta situação? A necessidade do paciente, por outro lado, não é invocada como justificativa para contrapor-se à instituição, ou à equipe médica. Assim, parece que a enfermeira pode, realmente, esconder-se atrás das necessidades do paciente para justificar uma atitude submissa.

A contradição entre o discurso da enfermeira, que afirma o bem estar do paciente como seu principal objetivo, e sua ação foi evidenciada por Gelain (1991).

Este autor, em trabalho realizado junto a duas instituições de saúde, observou que as enfermeiras, muitas vezes, se omitiam frente a situações que poderiam trazer prejuízos aos seus pacientes, talvez por temor ou insegurança. Embora o discurso destas profissionais destacasse sua disponibilidade em favor dos clientes, no dia-a-dia, isso nem sempre acontecia.

As outras alunas concordaram com a afirmação de que alegar o interesse do paciente para evitar situações de confronto pode implicar em uma atitude submissa. No entanto, lembraram algumas situações onde podem perceber um claro prejuízo ao paciente caso a enfermeira não procure formas de resolver seus problemas, mesmo adotando uma postura aparentemente submissa.

No confronto face a face com o paciente concreto, nem sempre é fácil assumir determinadas posturas, principalmente considerando que muitos destes pacientes desconhecem seus direitos ou não conseguem defendê-los. Não existem soluções simples para os inúmeros conflitos vividos no cotidiano das instituições de saúde. A falta, cada vez maior, de recursos materiais e humanos para atender à demanda da população leva os profissionais desta área a viverem quotidianamente situações extremamente angustiantes, conflitivas. A despersonalização do paciente pode funcionar como um mecanismo de proteção destes profissionais pois torna mais suportável o não atendimento, o não cuidado, o tratamento inadequado e ineficaz como sugerido por Pitta (1991, apud Leopardi 1994)

A denúncia da realidade vivida nestas instituições é um passo necessário, embora não suficiente, para a mudança desta situação. Os problemas vivenciados especificamente pela enfermagem só poderão ser resolvidos com uma postura que seja ativa e reflexiva. Isto significa que as profissionais não podem apenas acomodar-se a situação vivida, esconder-se atrás do paciente, mas devem procurar soluções que, necessariamente, serão coletivas.

As alunas, sujeitos do presente trabalho, começam a perceber o caminho de trabalho coletivo como uma possibilidade para o enfrentamento dos problemas vividos pela enfermagem como se observa nos seguintes trechos:

- *As vezes, eu acho que precisa tipo isso, que a gente tá conversando, acho que falta parar um pouquinho pra conversar. Porque a gente tá tendo consciência de que a gente não deve fazer isso, que a gente deve exigir,*

*mas acho assim que tem gente da enfermagem tão assim, que não pararam prá pensar, ou até pegar um livro prá ver assim, qual são suas funções (refere-se ao aspecto legal). (A06)*

- *A equipe (de enfermagem) até pode decidir que, naquela situação, naquela instituição, vai fazer um determinado procedimento que não é seu, por exemplo a NPT. Mas a equipe toda deve resolver se vai, ou não, fazer. (A01)*

A reflexão sobre os problemas vivenciados e a tomada de decisão conjunta podem ser elementos extremamente úteis na busca de formas de enfrentamento dos conflitos surgidos no exercício da profissão.

A atitude reflexiva, o respeito à opinião alheia, a capacidade de argumentação, a relação dialógica não surgem de forma espontânea, e muito menos são doadas ou impostas, mas são construídas na relação que homens e mulheres estabelecem entre si.

A escola tradicionalmente privilegia o trabalho individual, o espírito de competição, a memorização de conteúdos o que em nada contribui para o desenvolvimento da capacidade de refletir, argumentar e trabalhar de forma coletiva. Caso estas capacidades sejam consideradas necessárias para o desempenho profissional das enfermeiras devem ser contempladas no desenvolvimento do curso.

As professoras, segundo Freire, devem dar um testemunho de sua opções agindo de forma coerente com o próprio discurso. Nas suas relações com as alunas, com as outras docentes e com os profissionais em campo de estágio devem exercitar as habilidades que pretendem que as alunas adquiram. É impossível ensinar-aprender a dialogar quando apenas a professora tem voz; é impossível ensinar-aprender a refletir sem tomar o próprio fazer como objeto de reflexão; é impossível desenvolver a autonomia quando a aluna apenas executa o que foi previamente determinado.

Refletir sobre o próprio fazer é o primeiro passo que as docentes devem dar na busca de um currículo que seja capaz de realmente formar profissionais críticos, reflexivos, reivindicadores e comprometidos com a própria profissão. Esta reflexão, que tem como um dos objetivos construir mudanças possíveis, deve procurar não justificativas para o próprio fazer mas, acima de tudo, "*descobrir um abismo -ou pelo menos uma fenda- entre o que estamos realmente fazendo e o que idealmente desejamos fazer [já que] podemos mudar no sentido do eu que queremos nos tornar.*

*Contudo, mudança envolve trabalho árduo do tipo que ninguém pode fazer por nós"* (Benjamin, 1996, p. 188).

As alunas também referiram críticas quanto ao que consideraram excessivo volume de trabalho administrativo realizado pelas enfermeiras. A atividade administrativa, apesar de sempre presente, não é considerada como parte do trabalho *verdadeiro*, legítimo, da enfermeira e portanto não é por elas valorizadas como apontam vários trabalhos (Gelain, 1991; Leopardi, 1994; Gonçalves, 1994; Cade, 1998).

Através da reflexão, foi tornando-se mais claro o que era entendido como trabalho administrativo e as alunas defenderam a necessidade de administrar a assistência de enfermagem e, ao mesmo tempo, afastar-se de atividades que podem ser realizadas por outros profissionais. Surge também o que é entendido como função da enfermeira, além de prestar cuidados/assistência direta, que é a supervisão e treinamento da equipe de enfermagem:

- *Fazendo assim a evolução dos pacientes eu vi muitas coisas certas, e algumas coisas erradas também, que as pessoas estavam fazendo. O treinamento e supervisão da equipe de trabalho seria uma função, eu acho, da enfermeira. Tem auxiliares na unidade que trabalham muito bem, muito bem mesmo, mas hoje, passando nos quartos, vi gente verificando a TA por cima de uma camiseta, uma camisa e um blusão (...) Isso eu acho que seria função da enfermeira, né? (A03)*

Algumas alunas apresentaram uma visão bastante mecanicista acreditando que a cobrança de uma chefia pode garantir a correta execução das atividades. Demonstraram crer que a enfermeira é quem deve supervisionar as auxiliares de enfermagem, que uma supervisora controla o trabalho das enfermeiras e que a chefe controla a supervisora. Esta modalidade de supervisão e controle é largamente utilizada na enfermagem hospitalar e as alunas, embora ainda não tenham cursado uma disciplina de administração, já trazem este modelo incorporado.

A partir do questionamento sobre como a existência de uma supervisora garantiria a qualidade da assistência, e na discussão sobre as razões de alguns problemas observados na assistência/cuidado prestado pelas auxiliares de enfermagem, começaram a aparecer outras concepções de supervisão:

- *Sobretudo não tem ninguém supervisionando ... (A03)*
- *Também não tem ninguém estimulando, mostrando, supervisionando, orientando, não tem ninguém (A06).*
- *Tá faltando alguém supervisionando (...) supervisão no sentido assim: tu conseguiu fazer? Tu tá precisando de ajuda? (A01)*

Neste trecho, as alunas não estão entendendo a supervisão como a simples cobrança da realização de atividades, mas sim como um momento de ensino-aprendizagem, de compartilhar, auxiliar. A afirmação de que *não tem ninguém* é importante pois reflete uma percepção de abandono, desinteresse para com o trabalho executado pelas auxiliares. Acredito que esta impressão de ausência da enfermeira pode veicular um sentimento de pouca valorização do trabalho realizado pelas auxiliares e, por tabela, do próprio trabalho de enfermagem.

Cobrar, supervisionar pode ser igual a um simples exercício de autoridade, mas a ausência da enfermeira indica que ela e as auxiliares de enfermagem não formam uma equipe.

Durante as atividades práticas, quando docentes e discentes entram em contato direto com as condições concretas do trabalho de enfermagem, surge um momento privilegiado para a discussão sobre o que cada uma imagina ser o trabalho desta categoria e o que de fato acontece nas instituições de saúde. A partir desta discussão, é possível construir um conhecimento que seja significativo e coerente com uma concepção crítica da enfermagem e de seu papel social.

O fato de contar com uma aluna com experiência profissional, como auxiliar de enfermagem, permitiu que conflitos importantes quanto à atividade da enfermeira aflorassem e fossem discutidos.

As alunas, em alguns momentos demonstraram uma consciência crítica e, em outros, uma consciência ingênua, dominada pelo senso comum. O fato de discutirem suas percepções, expectativas e partilharem conhecimentos permitiu que houvesse uma tomada de consciência quanto aos múltiplos fatores condicionantes do seu próprio fazer e do trabalho da enfermeira.

A tomada de consciência sobre as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras para executar suas atividades levou algumas alunas a questionarem as próprias críticas

anteriormente dirigidas a estas profissionais. Mas, mais importante do que isto, levou-as a procurar estratégias no sentido de desenvolver habilidades que lhes permitam, no futuro, desempenhar este papel da forma que consideravam adequada. Assim, a percepção das dificuldades concretas levou à busca de alternativas que lhes permitissem superá-las, o que, do ponto de vista do ensino-aprendizagem, é extremamente significativo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Homens e mulheres ensinam e aprendem nas relações que estabelecem entre si ao longo da vida e, portanto, este é um processo intersubjetivo, socialmente construído. O trabalho docente, faceta institucionalizada do ensinar-aprender, está baseado no estabelecimento de uma relação interpessoal entre aluna e professora, seja ela autoritária ou dialógica.

Nas situações tradicionais de ensino, alunas e professoras são os sujeitos envolvidos no ensinar-aprender e podem ter a ilusão de que, ao fechar a porta da sala de aula, isolam-se do mundo do qual são produtoras e produtos. Os modelos racionalistas, utilizados para atender a necessidade de expansão do ensino, tentaram expurgar do cotidiano pedagógico as práticas que não contribuem para o trabalho escolar propriamente dito, no entanto *“hoje sabemos que a vida, em toda sua complexidade, reintroduz-se sempre nos lugares humanos”* (Nóvoa, 1995, p.31).

No ensino prático da enfermagem não é possível a professoras e alunas isolarem-se do mundo e, acredito, que este seja o momento de ensino-aprendizagem no qual a vida reintroduz-se de forma mais clara. As situações vivenciadas nos diversos campos de estágio, em particular no hospitalar, mostram-se complexas, multifacetadas, rotineiras e inesperadas, como é a vida. Nestes locais, alunas e professora, relacionam-se entre si, com os pacientes, seus familiares, com os integrantes da equipe de saúde e os diferentes trabalhadores da instituição. Na interação destes diversos sujeitos, que envolve razão e emoção, é que vai construindo-se o processo de ensino-aprendizagem.

Por mais formal e distante que possa ser o relacionamento estabelecido, principalmente com os trabalhadores da instituição, a ação das alunas e professoras é, em maior ou menor medida, influenciada pela forma de organização do trabalho, pelas normas e rotinas estabelecidas, pelo que é esperado ou cobrado pela instituição. É uma situação em que, muitas vezes, a autonomia docente e discente é grandemente diminuída pelas exigências e condições institucionais. Da mesma maneira a presença de alunas e professoras exerce influência sobre os trabalhadores da equipe de saúde seja partilhando saberes, na melhor das hipóteses, ou consolidando a dicotomia entre teoria e prática, na pior das hipóteses.

As experiências vividas junto aos pacientes também influenciam fortemente este processo de ensinar-aprender, contribuindo para a percepção do paciente como sujeito ou objeto, e permitindo estabelecer vínculos entre o conhecimento e compromisso profissional.

A relação estabelecida entre paciente, aluna e professora, o tipo de cuidado prestado, o que se fala sobre o paciente, o que se sente ao cuidá-lo, influem fortemente na formação profissional. Neste momento é que o paciente pode ficar relegado a um plano secundário, sendo transformado em receptáculo de cuidados que tem como objetivo apenas garantir o aprendizado ou, ainda pior, assegurar a aprovação na disciplina. Também é neste momento que o compromisso profissional com estes pacientes pode adquirir contornos nítidos, pode deixar de ser um discurso para tornar-se uma forma de agir.

No ambiente de estágio, os diversos atores tem objetivos diferentes e que, muitas vezes, não estão claramente expressos. Em princípio, o objetivo das alunas é aprender, o da professora é ensinar, o da equipe de enfermagem é assistir/cuidar, o dos pacientes é recuperar-se, o da instituição é prestar um serviço de qualidade. No entanto as alunas podem apenas desejar sua aprovação, a professora evitar problemas com a instituição, a equipe tocar o serviço, a instituição cortar os gastos e o paciente pode não ter o desejo de recuperar-se. Os objetivos destes diferentes atores podem estar em conflito direto e, as vezes, a consecução de um pode impedir a de outro.

O ambiente de estágio, portanto, é multifacetado, rico em inter-relações nas quais os diversos sujeitos se influenciam constantemente. Também, o desenvolvimento

do ensino-aprendizagem, neste ambiente, é uma atividade complexa na qual diversos aspectos se inter-relacionam e constituem um todo que é maior do que a simples soma destas partes. Assim, os temas, que apresentei separados, estão imbricados, interpenetram-se, influenciam-se mutuamente e não se constituem na totalidade dos temas presentes na situação de estágio.

O tipo de comunicação, e em conseqüência o tipo de relacionamento, que a professora estabelece com as alunas, com os pacientes, com a equipe de saúde, condiciona a comunicação das alunas com a própria professora, com os pacientes e com a equipe. O tipo de conhecimento que alunas e professoras consideram necessário está relacionado com o tipo de atividades que são privilegiadas, e o que é relegado a segundo plano, e condiciona a própria comunicação destas com a equipe, com os pacientes e entre si. A professora estabelece estratégias baseadas na crença que possui sobre como as alunas podem adquirir o conhecimento e habilidades que julga necessárias. As alunas, com suas características e interesses específicos, podem, ou não, beneficiar-se com as estratégias implantadas e são capazes de demonstrar, de forma explícita ou não, como aprendem e como gostariam de aprender.

Frente ao quadro extremamente complexo existente nas instituições de saúde, com inúmeros focos de conflito, acredito que o planejamento das atividades de ensino-aprendizado, aí desenvolvidas, deve, necessariamente, levar em conta, além de outros aspectos, as características deste ambiente. O planejamento e acompanhamento cuidadosos podem impedir tanto a alienação de professoras e alunas da realidade que as circunda quanto sua total imersão nesta realidade. Da mesma forma, a reflexão sobre as experiências concretas contribui significativamente para que professora e alunas consigam desenvolver um processo de ensino-aprendizagem que, de fato, instrumentalize as alunas para uma atividade profissional que seja crítica e criativa.

Na presente estudo os aspectos que mais se mostraram significativos para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem foram: o estabelecimento de uma relação dialógica, a valorização do trabalho individual e coletivo, a utilização das experiências concretas das alunas como ponto de partida para a reflexão e sistematização do conhecimento, o uso da realidade concreta para problematizar os conteúdos bibliográficos e vice-versa. Esta constatação apenas torna clara a importância e

aplicabilidade da concepção freireana de educação ao ensino prático da enfermagem, já que todos estes aspectos estão presentes no trabalho desenvolvido por este autor.

Os objetivos próprios do grupo puderam ser acrescentados aos objetivos propostos pela disciplina. Como as situações vivenciadas neste momento estavam todas ligadas ao cuidado do paciente cirúrgico, os temas que surgiram estavam inevitavelmente ligados a este tema central. O fato do grupo ser reduzido permitiu que cada uma se desenvolvesse em um ritmo mais particular e procurasse as experiências mais adequadas a suas necessidades e interesses. As alunas, quando incentivadas, procuraram realmente experiências desafiadoras o que permitiu que ganhassem mais segurança quanto ao seu saber e seu fazer. Creio que é importante que professora estimule as estudantes a procurarem justamente as situações que consideram mais difíceis, sejam elas quais forem, pois não há muito sentido em desenvolver atividades de ensino-aprendizado para fazer apenas o que já sabem.

A valorização do trabalho coletivo, e sua aprendizagem, ocorreram basicamente com o grupo de reflexão que proporcionou um momento para a discussão coletiva dos acertos e erros individuais e coletivos. Creio que a alternância entre momentos de reflexão individual (no relatório de atividades diárias) e coletivas (nos grupo de reflexão) tenha sido um ponto extremamente importante, auxiliando cada uma a manter suas características particulares e, ao mesmo tempo, integrar-se no grupo. A avaliação realizada em grupo permitiu não só um maior amadurecimento das alunas, e o compromisso recíproco, como também tornou concreto o trabalho coletivo.

Acredito que uma pesquisa aprofundada sobre a utilização de estratégias de ensino-aprendizagem coletivas e individuais possa ser extremamente importante, especialmente no ensino prático da enfermagem que envolve necessariamente o relacionamento com diversos sujeitos.

Como caminho para ensinar-aprender a proposta, apresentada neste trabalho, foi amplamente aprovada pelo grupo de alunas, assim como pelas professoras<sup>12</sup>. Neste sentido, o depoimento de uma das estudantes é extremamente significativo e reflete o sentimento do grupo:

---

<sup>12</sup>Como já explicitado, a proposta para desenvolvimento do estágio foi construída em colaboração com a minha colega de disciplina e implementada em todos os grupos, inclusive nos orientados por professoras substitutas. Na opinião de todas as docentes envolvidas as estratégias utilizadas foram consideradas extremamente pertinentes sendo que algumas destas já foram implantadas em outras disciplinas.

- *Tu não tem que ir pro estágio, então fica assim uma reunião. A gente vem pra aprender, não tem aquele peso assim de estágio. (A01)*

A afirmação de que “a gente vem para aprender” representa, na verdade, a confirmação do alcance do maior objetivo de qualquer estratégia de ensino-aprendizado: que as alunas tenham o desejo e a possibilidade de aprender, que o ensino não seja sentido como uma punição, como um mal necessário, mas uma possibilidade de construção. Esta afirmação cristaliza também a denúncia, feita em mais de uma oportunidade, de que os estágios são sentidos mais como um momento para as alunas provarem o que sabem do que uma situação na qual podem aprender o que ainda não sabem.

Outras afirmações também demonstram que, durante o estágio, houve o desenvolvimento de um ambiente favorável ao aprendizado com respeito pelas características das alunas:

- *Isso aí foi bem legal, que a gente tinha essa liberdade de dizer não sei. E saber que a senhora não tava nos descontando. Assim fica bem melhor porque tu não fica procurando esconder, mostrar que sabe mas, no fundo, tu não sabe. É melhor tu dizer que não sabe, fica bem mais fácil, né? (A04)*
- *Saber entender a personalidade de cada um e nem por isso a gente ter que simular. Só porque vou passar pelo estágio vou ter que ser uma pessoa diferente. Não, cada um conseguiu ser o que é e ser avaliado dentro daquilo. (A01)*

Acredito que, neste sentido, a proposta desenvolvida obteve sucesso ao facilitar o desenvolvimento de uma relação dialógica entre alunas e professora, o que criou espaço para a construção de conhecimento. A possibilidade das alunas demonstrarem sua insegurança, suas dificuldades, seu saber, sua forma de aprender, mostrou-se dependente do tipo de comunicação estabelecida entre aluna e professora o que, por sua vez, condicionou o processo de ensino-aprendizagem.

Durante o estágio, a aluna defronta-se com o paciente concreto, com seus medos, desejos, necessidades, e com as limitações impostas pelas características e recursos das instituições de saúde. Neste momento, no qual há uma aproximação da vida cotidiana, é que surge “a possibilidade de apropriação original do conhecimento, que desvia o ponto de partida da descrição do conceito para a descrição da realidade” (Pey, 1988, p.28). A reflexão sobre a vivência das alunas junto aos pacientes, a

problematização da assistência/cuidados por elas prestados, permitiu que tomassem consciência da *falta*, do que ainda precisavam aprender, desenvolver, conhecer, para que pudessem prestar a assistência/cuidado necessária. A ação-reflexão-ação gerou a necessidade de aprender o que ainda não sabiam e, assim, as alunas assumiram um papel ativo buscando o conhecimento que julgavam necessário.

O diálogo utilizado como mediador do processo de ensinar-aprender permitiu também que eu, como professora, ao escutar de fato as alunas, descobrisse novas possibilidades e necessidades no desenvolvimento de minha prática. Da mesma forma, a observação-participante e a reflexão sobre os dados obtidos me permitiram conhecê-las melhor, seus temas, necessidades e interesses. Esta aproximação entre alunas e professora é que permitiu um ensino mais adequado às características do grupo, o que, sem dúvida, o torna mais significativo.

É preciso considerar, no entanto, que esta forma de desenvolvimento do estágio exige um considerável esforço por parte da professora. É necessário planejar as atividades com cuidado, refletir sobre as situações observadas, estar atenta a fala das alunas, questionar a própria ação. Parte deste trabalho é necessariamente coletivo e outra individual e consome uma quantidade significativa de tempo e energia. Uma maior utilização do tempo para as atividades de ensino implica em uma menor disponibilidade para outras atividades que também são exigidas dos professores universitários. Este é um aspecto que precisa ser retomado como objeto de pesquisa e reflexão pela coletividade docente, não de um curso ou estabelecimento mas das instituições de ensino superior, para que se possa avaliar o volume de trabalho que é solicitado aos docentes e sua possibilidade de execução.

O ensinar não se fundamenta apenas em uma habilidade inata, em um dom, mas é um fazer que exige o domínio de várias habilidades e saberes tais como: rigorosidade metódica, criticidade, ética, aceitação do novo, reflexão crítica sobre a prática, respeito à autonomia do educando, curiosidade, competência profissional, segurança, saber escutar (Freire, 1997b). Quando a professora executa uma atividade de ensino complexa, como os estágios, de forma pouco estruturada, confiando apenas em sua competência como enfermeira e no senso-comum, corre o risco de esquecer o aspecto propriamente educativo que sua ação deveria contemplar. Assim, em vez de

propiciar condições para um aprendizado significativo, apenas auxilia a aluna a manter-se alienada em relação às possibilidades e limites da profissão.

As idéias de Freire não foram utilizadas apenas na construção da proposta educativa, mas mostraram-se essenciais durante toda sua implementação. Suas concepções não devem apenas ser lidas, mas vivenciadas, experimentadas já que, quando colocadas em prática, ganham sentido e profundidade.

Como um caminho para pesquisar, a proposta desenvolvida também mostrou-se extremamente fértil. Através da observação atenta e análise cuidadosa da prática educativa foi possível observar os pontos frágeis no ensino desenvolvido, assim como inúmeros aspectos que precisam ser melhor investigados. Na verdade, ao longo do trabalho com este grupo de alunas, creio que aprendi mais do que ensinei e, a partir de seu fazer e do seu discurso, pude conhecer mais sobre o processo de ensino-aprendizagem em geral e sobre os aspectos específicos do ensino de enfermagem.

A contradição existente entre o conceito de enfermagem que as alunas expressam, o conhecimento que procuram e o fazer que valorizam indica claramente a necessidade de repensar não só a forma de desenvolvimento do curso como também os conteúdos que são priorizados. Em suas falas e no seu fazer as alunas demonstram os pontos frágeis do ensino e sinalizam para as mudanças que se fazem necessárias.

A questão de qual o saber e o fazer são próprios da enfermagem não se limita a uma disciplina isolada, mas deve ser objeto de estudo e reflexão ao longo de todo o curso. É indispensável que, inicialmente, saibamos que profissional desejamos formar para, só então, planejar conteúdos e estratégias que possibilitem a consecução deste objetivo.

A forma como determinados conteúdos são desenvolvidos também pode ser questionada a partir do resultado que obtemos. Quando a maioria das alunas não é capaz de apreender determinados conteúdos ou habilidades torna-se necessário conhecer a razão deste fato. Nem sempre a percepção da aluna corresponde ao que a professora desejava transmitir, no entanto, o fato de ser percebido de determinada maneira mostra que esta é uma das interpretações possíveis.

No desenvolvimento dos estágios, reúnem-se a prática da enfermagem e da docência. Neste momento, o fazer da docente transmite o que acredita ser a profissão de enfermeira, e este fazer pode contradizer todo o seu discurso. É sem dúvida atividade complexa que exige o domínio de conteúdos e habilidades próprios da enfermagem e do ensino. Repensar esta prática à luz dos resultados obtidos pode indicar novos caminhos a serem percorridos.

Desta forma, cabe às professoras olhar para sua prática procurando identificar com clareza o que e como ensinam e quais os resultados que obtém com os métodos utilizados. Depois, precisam comparar o que fazem com aquilo que gostariam de fazer para então delinear suas propostas educativas. Na verdade, isto significa que a prática educativa deve ser tomada como objeto de pesquisa, deve ser apreendida e analisada de forma planejada, sistemática.

Como o ensino de uma profissão não pode estar desvinculado da realidade concreta do seu exercício, é necessário que as professoras, para selecionar os conteúdos que devem ser trabalhados durante o curso, identifiquem o que a enfermeira faz e analisem este saber e fazer.

Waldorf (1998) afirma que a enfermagem tem incorporado muitos modismos sem a necessária reflexão e que seria necessário, inicialmente, definirmos e identificarmos o que estamos fazendo e o que conhecemos com profundidade. Alerta que não necessariamente o que conhecemos é o que estamos fazendo ou o que gostaríamos de fazer. Acredito que este seja o primeiro passo para que possamos decidir, de forma reflexiva, o que desejamos fazer como profissionais, em que projeto devemos investir nossos esforços. Necessariamente este é um caminho que não pode ser percorrido de forma isolada pelas docentes mas que deve ser compartilhado entre as enfermeiras e alunas.

Uma questão que atravessa todo o estudo é a da *presença*. Nas discussões, nas conversas, no fazer das alunas apareceram, com frequência, referências à presença ou ausência das profissionais, dos pacientes, professoras, alunas. Houve referências a forma como a equipe trata o paciente como um "*presente-ausente*", as próprias alunas muitas vezes agiram desta forma. Ao falar da enfermeira, as alunas afirmaram que "*não tem ninguém*" referindo-se ao que consideram como omissão desta profissional em

relação a alguns aspectos de seu trabalho. As alunas, em relação a professora, inicialmente, comportaram-se de forma distanciada limitando-se a fazer o que acreditavam que seria cobrado evitando uma comunicação efetiva e, especialmente, mostrar suas dificuldades. Desta forma, estavam se ausentando do processo de ensinar-aprender e permitindo que tudo fosse decidido pela professora.

Considero este um ponto importante, tanto em relação ao ensino-aprendizagem quanto ao cuidado/assistência pois envolve a percepção de si mesmo e do outro como sujeito ou objeto, como ator ou espectador. O silenciamento dos sujeitos, sua adaptação às condições presentes, a indiferença, a falta de um projeto não combinam nem com uma proposta pedagógica libertadora, como a de Freire, nem com um cuidado/assistência humanizado. *“Enquanto presença não posso ser uma omissão, mas sujeito de opções”* (Freire, 1997b, p.110).

A partir do trabalho desenvolvido, as alunas tornaram-se mais inquietas, falaram mais, ouviram mais, reclamaram mais, agiram mais, tornaram-se presentes. Este movimento participa na tomada de consciência e no compromisso que alunas e professoras assumem quanto ao seu fazer pedagógico e a própria profissão que escolheram.

O compromisso dos sujeitos com a construção do conhecimento, com seu fazer, com os outros sujeitos com os quais se relaciona, é que permite não só a denúncia do que existe, mas o anúncio de uma outra forma de ser e estar no mundo e com o mundo. A existência de um projeto implica em saber *“o que pode ser feito agora para que se faça amanhã o que hoje não pode ser feito”* (Freire, 1997c, p126).

O trabalho educativo, assim como o de enfermagem, não acontece no isolamento, mas na relação entre os sujeitos sendo, portanto, um trabalho coletivo. Uma disciplina, de forma isolada, não é capaz de realmente modificar a identidade de um curso nem de alterar substancialmente os resultados por ele obtidos. Estes resultados guardam relação com o trabalho de cada um assim como um grande número de fatores que condicionam seu funcionamento.

Ao trabalho de investigação e inovação de uma prática educativa deve seguir-se necessariamente um processo de socialização e discussão deste trabalho para que, então, ele possa incorporar-se a um projeto coletivo. Neste sentido, pretendo

apresentar os resultados do presente estudo às demais professoras do curso onde trabalho, e que, atualmente, estão iniciando um processo de reflexão coletiva sobre sua prática que permita uma reestruturação do próprio curso.

Do presente trabalho, emergiram muitos pontos que necessitam de maior pesquisa para que ganhem clareza: qual é a concepção de enfermagem vinculada pelo curso e como isto é feito; qual é a concepção de enfermagem que as professoras do curso desejam veicular; qual a relação que pode/deve ser estabelecida com a equipe dos locais de prática no sentido de tornar mais explícita a influência recíproca; o quanto da representação das alunas sobre o fazer da enfermagem é moldada pelas suas relações nos locais de trabalho, pela cultura e pelos valores sociais; porque apenas execução de determinados procedimentos, assim como curativo, é percebida como justificativa para presença e intervenção da aluna junto ao paciente; porque cuidados de enfermagem como orientação não parecem justificar a presença das alunas junto aos pacientes.

Os resultados obtidos indicam a necessidade de definir qual é, de fato, a concepção de enfermagem do grupo de docentes para que seja possível então avaliar a adequação dos conteúdos e as estratégias que estão sendo desenvolvidos durante o curso.

Uma das limitações deste trabalho é a de que, embora tenha obtido bons resultados com um grupo específico, não existem garantias de que o mesmo ocorrerá com outros grupos. Uma das características da profissão docente é a de ter o insucesso inscrito em sua trajetória. *“Nas profissões que trabalham com pessoas, o sucesso nunca está assegurado, e é necessário, pelo contrário, aceitar uma fracção importante de semifracassos ou de fracassos graves”* (Perrenoud, 1993, p.176).

Apesar de toda formação, de todo interesse e competência, de todo trabalho e esforço, a atividade de ensino inevitavelmente enfrenta alguns fracassos: sempre existirão as alunas que não conseguem ou não desejam aprender, escolas que não oferecem condições para um efetivo trabalho educativo e políticas educacionais incompatíveis com a necessidade de educadores e educandos. É importante que a professora saiba aceitar esta parcela de insucesso sem, por um lado, culpar-se excessivamente ou, por outro, abandonar a crença na possibilidade de sucesso.

Não pretendo afirmar com isso que a proposta apresentada seja perfeita e que apenas condições externas, como o desinteresse das alunas ou falta de condições concretas, impeçam o seu sucesso. O que pretendo afirmar é que é característico do trabalho docente lidar com o complexo, com o conflito, com múltiplas variáveis sobre as quais não possui controle. Daí, a necessidade deste trabalho ser realizado de forma crítica e reflexiva e ser submetido a uma avaliação constante. Desta variabilidade e incerteza também decorre a necessidade das docentes realizarem um trabalho de reflexão coletiva sobre sua prática com o objetivo de construir projetos pedagógicos viáveis nas condições concretas que vivenciam.

Encerrar um trabalho é mais difícil do que começá-lo. Tenho a sensação, na verdade a certeza, de que há muito mais ainda a ser analisado, refletido, dito. No entanto, sei também de que estes já serão outros trabalhos, que ainda estão por ser realizados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- APPLE, Michael W. **Ideologia e Currículo**. São Paulo, Brasiliense, 1982.
- BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. **Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva**. Florianópolis, UFSC, Dissertação de mestrado, 1995.
- BENJAMIN, Alfred. **A entrevista de ajuda**. 8ed. São Paulo : Martins Fontes, 1996.
- BENNER, Patricia. **From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practise**. California : Addison-Wesley, 1984.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. 33ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1995.
- BOFF, Leonardo. **A água e a galinha : uma metáfora da condição humana**. 13 ed. São Paulo : Vozes, 1997.
- BORDENAVE, Juan Diaz E. **Além dos meios e mensagens: introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência**. 6 ed. Petrópolis : Vozes, 1993.
- \_\_\_\_\_, Juan Diaz. PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 13 ed. São Paulo : Vozes, 1993.

- BRITO, Valdete Herdt. **Desvelando o processo de ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem: ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente.** Florianópolis : UFSC, Dissertação de mestrado, 1997.
- BUBER, Martin. **Do diálogo e do dialógico.** São Paulo : Perspectiva, 1982.
- CADE, Nagela Valadão. O autoconceito X a identidade profissional desejada do enfermeiro. **Rev. Bras. de Enfermagem.** Brasília, v.51, n1, p.139-146, jan/mar, 1998.
- CALDEIRA, Valda da Penha. **Estágio Extra-Curricular: Opção ou obrigação? Uma contradição a ser superada.** Rio de Janeiro, 1992. Dissertação (Mestrado). Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro, 1992.
- CESTARI, Maria Elisabeth. **Desenvolver a consciência crítica : uma proposta de ensino.** Rio Grande, 1997. Trabalho apresentado à disciplina de Prática Assistencial – Pós Graduação em Enfermagem, UFSC.
- CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos básicos para o cuidar.** São Paulo : Atheneu, 1996)
- COULON, Alain. **Etnometodologia e educação.** Petrópolis : Vozes, 1995.
- DAMKE, Ilda Righi. **O processo de conhecimento na pedagogia da libertação.** As idéias de Freire, Fiori e Dussel. Petrópolis : Vozes, 1995.
- DEMO, Pedro. **Pesquisa princípio científico e educativo.** 4 ed. São Paulo : Cortez, 1996.
- DIMBLEBY, Richard; BURTON, Graeme. **Mais do que palavras : uma introdução à teoria da comunicação.** 2ed. São Paulo : Summus, 1990.
- ENGUIITA, Mariano Fernandez. **A Face Oculta da Escola: educação e trabalho no capitalismo.** Porto Alegre, 1989. p. 105-159.
- FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 20.ed. São Paulo : Paz e Terra, 1991
- \_\_\_\_\_. **Educação e mudança.** 21.ed. São Paulo : Paz e Terra, 1997 (a)
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia.** 2 ed. São Paulo : Paz e Terra, 1997 (b).
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança.** 4 ed. São Paulo : Paz e terra, 1997 (c).
- \_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** 10 ed. São Paulo : Paz e Terra, 1992.

- \_\_\_\_\_. **Professora sim tia não** : cartas a quem ousa ensinar. 8 ed. São Paulo : Olho D'água, 1997 (d)
- \_\_\_\_\_. **Conscientização**. 3 ed. São Paulo : Moraes, 1980.
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 21 ed. São Paulo : Paz e Terra, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Ação cultural para liberdade**. 8.ed. São Paulo : Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. 5 ed. São Paulo : Paz e Terra, 1996.
- FONTEYN, Marsha; CAHILL, Mary. The use of clinical logs to improve nursing students' metacognition : a pilot study. **Journal of Advanced Nursing**. 1998, 28 (1), 149-154.
- GADOTTI, Moacir (org). **Paulo Freire** : uma biobibliografia. São Paulo : Cortez, 1997.
- GANDIN, Danilo. **Planejamento como prática educativa**. São Paulo, Loyola, sd.
- GELAIN, Ivo. **O significado do êthos e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho**. São Paulo, 1991. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- GIORGI, Maria Denise M. **O idealizado e o realizado no ensino da assistência de enfermagem**. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1994.
- GUEZZI, Maria Inês Leal. **Convivendo com o ser morrendo**. Porto Alegre : Sagra/Luzzatto, 1991.
- LEAL, Ondina Fachel. Etnografia da audiência: uma discussão metodológica. In: SOUSA, Wilton de (org). **Sujeito, o lado oculto do receptor**. São Paulo : Brasiliense, 1995.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Entre a moral e a técnica**: ambigüidades do cuidado de enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1994. Série Enfermagem – Repensul.
- LIMA, M.A.D. da S. Ensino da enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Revista Bras. Enferm.** Brasília, v.47, n.3, p. 270-277, jul/set. 1994.

- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- LUNARDI, Valéria Lerch. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira**. Porto Alegre, 1993. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- LOYOLA, Cristina Maria Douat. **Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. Rio de Janeiro, PROED - UFRJ, 1987.
- LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da Educação**. 9ª ed. São Paulo, Cortez, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Fazer Universidade: uma proposta metodológica**. 9 ed. São Paulo : Cortez, 1997
- LÜDKE. Menga ; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação : abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986.
- MEYER, Dagmar E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. IN : WALDOW, Vera (org). **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- NÓVOA, Antonio. Diz-me como ensinas, dirte-ei quem és e vice-versa. In: FAZENDA, Ivani(org) **A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. Campinas, Papirus, 1995. Coleção Práxis.
- OLIVEIRA, Marta Kohl de. **Vigotsky : aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico**. 4 ed. São Paulo : Scipione, 1997.
- PATERSON, J; ZDERAD, L. **Humanist nursing**. New York : Wiley, 1976.
- PEY, Maria Oly. **A escola e o discurso pedagógico**. São Paulo : Cortez, 1988.
- PERRENOUD, Philippe. **Práticas pedagógicas, profissão docente e educação**. Lisboa : Publicações Dom Quixote, 1993.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde : dialética do pensar e fazer**. São Paulo : Cortez, 1986.
- SADALA, Maria Lucia Araújo. Estudo da ansiedade como variável no relacionamento aluno-paciente. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto. v.2, n.2, p.21-35, jan 94.

- SADALA, M.L.A.; STEFANELLI, M.C. Avaliação do ensino do relacionamento enfermeira-paciente. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n° especial, p.139-51, abril 1996.
- SAMPAIO, Tania Maria Marinho. **O não-verbal na comunicação pedagógica**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1991.
- SAUPE, Rosita ; BRITO Valdete ; GIORGI, Maria Denise M. As concepções do educador Paulo Freire : como vem sendo utilizada pela enfermagem. **Cogitare enfermagem**. Curitiba v.2, n.1, p.70-75, jan/jun 1997.
- SAUPE, Rosita. **Ensinando e aprendendo enfermagem : a transformação possível**. São Paulo, 1991. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2ed. São Paulo : Gente, 1996.
- SILVA. Graciette Borges da. **Enfermagem Profissional** Análise crítica. 2.ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- SILVA, Terezinha Maria Nelli. **A construção do currículo na sala de aula**: o professor como pesquisador São Paulo : EPU, 1990.
- STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com o paciente** : teoria e ensino. 2 ed. São Paulo : Robe, 1993.
- TANNER, Cristine. Curriculum revolution: the practice mandate. **NLN Publ.** v.15, p.201-16. Aug. 1988.
- WALDOW, Vera Regina. Reflexões sobre o ensino da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.10, n 2, p. 41-44, jul.1989.
- WALDOW, Vera. Desenvolvimento do pensamento crítico na enfermagem. IN : WALDOW, Vera ; LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- WALDORF, Vera Regina. Examinando o conhecimento na enfermagem. IN: MEYER, D.E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M. **Marcas da diversidade ; saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.

# ANEXOS



## ANEXO 2

*DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM CIRÚRGICA I*

## I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Instituição: Fundação Universidade do Rio Grande

Curso: Graduação em Enfermagem

Departamento: Enfermagem

Carga horária semanal: 08 horas/aula

Carga horária total: 120 horas/aula

## II – OBJETIVOS GERAIS

1. Identificar os problemas de enfermagem apresentados pelo paciente, relacionados ou não com a causa da internação;
2. Prestar assistência de enfermagem ao paciente em pré-operatório utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
3. Executar técnicas de enfermagem respeitando os princípios científicos e o interesse do paciente;
4. Desenvolver conduta ética no desempenho de suas atividades;
5. Desenvolver a capacidade de analisar as situações vivenciadas e de realizar auto-crítica;

## III – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar o paciente adulto internado em uma unidade de clínica cirúrgica;
2. Planejar assistência de enfermagem coerente com as necessidades e interesses do paciente adulto em período de pré ou pós-operatório;
3. Executar assistência de enfermagem coerente com as necessidades e interesses do paciente adulto em período de pré ou pós-operatório e com os recursos humanos e materiais disponíveis;
4. Avaliar a assistência de enfermagem prestada;
5. Desenvolver habilidade na execução de técnicas;
6. Reconhecer a técnica como um instrumento da assistência de enfermagem;
7. Reconhecer o paciente como ser humano;
8. Participar do trabalho em equipe respeitando as diferenças individuais e procurando o desenvolvimento do grupo
9. Utilizar recursos bibliográficos e humanos disponíveis, além de pesquisa de campo, para resolver problemas/dificuldades/situações que envolvem o atendimento do paciente adulto;
10. Realizar reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido incluindo o próprio desempenho e dos demais componentes do grupo;
11. Propor estratégias para o alcance dos objetivos, pessoais e do grupo, e para solucionar os problemas e dificuldades encontrados.