

**EDUCANDO-NOS EM GRUPO POR AÇÕES REFLEXIVAS EM SAÚDE:
UMA ÊNFASE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DA ENFERMEIRA¹**
[Group self education by health reflective actions – an emphasis in nurse assistance practice]

Ana Maria Dyniewicz*

RESUMO: Relato de experiência vivida em pequenos grupos de indivíduos, na função de bancários, em seus próprios locais de trabalho, desenvolvida dentro de uma proposta de prática assistencial de dimensões educativas, levada a efeito pela enfermeira na função social de educadora em saúde. Trata-se de uma abordagem metodológica alternativa, norteadora pelo marco conceitual construído a partir de concepções próprias, conceitos da teoria transcultural de Leininger, abordagem didático pedagógica da problematização de Paulo Freire e implementada pelo Método do Arco de Charles Maguerez. Toda a metodologia proposta girou em torno da questão norteadora: “Por que as pessoas adoecem?”. Nela procurou-se resgatar crenças, valores, experiências e ações próprias dos indivíduos, como essência do trabalho educativo a estes grupos. As expressões dos indivíduos, subdivididas em Culturálise, fazem parte de uma síntese provisória que foi submetida a uma Análise de Conteúdo. As (in) conclusões destas reflexões/ações/reflexões direcionam para a multicausalidade do adoecer, que acomete o ser humano em sua totalidade e unicidade, com significações próprias para quem o vive. Os grupos foram então conduzidos, para a construção de uma consciência crítico-reflexivo-dialógica sobre esta multicausalidade e ações facilitadoras de inter-apoio, coerentes com o contexto sócio-político-econômico e cultural dos indivíduos.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Educação em saúde; Promoção da saúde.

1 SOBRE O TEMA EM QUESTÃO

A conotação enfática ao longo deste artigo será a experiência vivida em pequenos grupos de indivíduos, na função de bancários, em seus próprios locais de trabalho, desenvolvida dentro de proposta de prática assistencial de dimensões educativas em saúde, as quais resultaram em dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem.

Os norteadores do estudo residiram na crença de que a enfermeira, ao optar pela perspectiva de educação em saúde, pode se utilizar do resgate de crenças, valores e experiências das pessoas e provocar o processo de reflexão acerca das questões de saúde, dentro da realidade dos grupos sociais onde estão inseridas.

É característica da natureza humana reunir-se em pequenos grupos e trocar experiências. Utilizar esta oportunidade para o processo de trabalho da enfermeira é reconhecer nesses grupos potencial criativo-reflexivo à aprendizagem e possibilidade de sustentação de assistência em caráter educativo-cultural.

Ainda, outro pressuposto norteador se caracterizou na educação em saúde como meio de promoção à maior autonomia, criatividade e impacto de ações da enfermeira sobre a coletividade de usuários dos serviços de saúde, a partir da possibilidade de estabelecer vínculos entre as enfermeiras e as pessoas reunidas em grupos.

Estes pressupostos deram direção à metodologia da prática assistencial sustentada por diversos referenciais teóricos. Dentre eles cabe destacar aqueles referentes às abordagens pedagógicas, tais como citações de Laganá (1989) quando diz que a educação em saúde com cunho paternalista e autoritário não tem causado o efeito desejado, pois a maioria da população continua a manter comportamentos indesejáveis sob o ponto de vista de seu bem-estar, ou seja, a educação tem estado desvinculada da situação social e cultural das comunidades.

Uma referência importante ao longo do estudo, Freire (1975) trata com objetividade e clareza a questão da construção do conhecimento, referindo que uma socialização crítica culturalmente coerente, em contexto e em realidade objetiva, dirigida aos homens, levam-nos a novas atitudes diante das situações que se apresentam em tempo e espaço, produzindo um pensar autêntico, criativo e reflexivo sobre sua ontológica vocação de ser sujeito.

Com o intuito de desenvolver uma abordagem alternativa para a prática assistencial do enfermeiro, na dimensão de educação em saúde, à luz das considerações citadas até aqui e outras mais, descritas a seguir, os objetivos desse estudo foram:

¹ Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado em Enfermagem – UFSC. Universidade Conveniada UFPR, apresentada no 10º SENPE – RS, 1999.

* Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da UNIFESP/EPM.

- provocar e discutir a construção e uso de um processo metodológico, que apoie o desenvolvimento da dimensão educativa da prática do enfermeiro, em trabalho com indivíduos em grupo;
- experienciar prática reflexiva-crítica sobre vida, saúde e doença, com indivíduos em grupo, a partir de concepções advindas de suas crenças, valores e experiências vividas.

Os tópicos a seguir detalham a trajetória ao alcance destes objetivos e tecem considerações quanto às reflexões e construções à prática de enfermagem na educação em saúde.

2 CONSTRUINDO UM MARCO CONCEITUAL À PRÁTICA ASSISTENCIAL

Entendo Marco Conceitual para este estudo, como uma construção por organização de percepções, advindas de conhecimentos e experiências pessoais e profissionais, o que compõe um conjunto de crenças, as quais irão contribuir à análise crítica da realidade, elaboração de metas a serem atingidas, execução e avaliação de ações e condutas a serem tomadas na evolução da prática profissional.

Associando idéias de autores e mais aquelas de minha experiência profissional, decidi por elaborar meu marco conceitual a partir dos seguintes questionamentos:

2.1 A assistência de enfermagem é dirigida a quem?

É dirigida ao homem como ser total, com dimensões biológicas, sociais, culturais, econômicas, políticas e espirituais. Um ser no mundo e com o mundo, ao lado de outros seres humanos, formando espaços vitais (grupos) em constante inter-relação.

2.2 Onde a assistência ocorre?

As ações de enfermagem ocorrem nas práticas sociais com o homem no mundo e com outros homens. Estas práticas estão inseridas na sociedade que, para Leininger (1985), tem relação íntima com o conceito de cultura, definida como: “valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de formas padronizadas”.

2.3 Qual o propósito dessa assistência?

Facilitar a construção de uma consciência crítico-reflexiva a grupos sociais sobre vida, saúde e doença, através de práticas educativas do enfermeiro, que resgatem crenças, valores e experiências pessoais do homem.

Para esta construção considero saúde com significações próprias para cada homem, advinda da íntima relação dele para consigo mesmo, do momento histórico presente, do grupo ao qual pertence e do espaço sócio-político-cultural que ocupa.

A definição construída ao adoecer é de experiência única para quem a vive. Não se define apenas na dimensão corporal. Vai além, corresponde a um penar solitário com o espírito; só pode ser sentida, não mensurada.

Independente de sua dimensão, a doença transforma o homem que a percebe como um alerta, um aviso para questionar padrões de hábitos, redirecionando-os através da necessidade sentida de fazer novas escolhas, estabelecer novos objetivos, priorizar mais o que necessita e deseja para ser feliz.

2.4 Quem realiza a assistência de enfermagem?

A enfermeira realiza esta assistência como agente facilitador junto aos grupos, na intenção de possibilitar a construção de uma consciência reflexivo-crítica sobre o viver saudável e o adoecer do homem.

2.5 De que forma a assistência é operacionalizada?

Operacionalizada através da educação em saúde, numa abordagem pedagógica humanista/contextualizadora. Os detalhes desta abordagem estão contemplados no item nominado **Processo de Enfermagem**.

Neste encadeamento de questionamentos e respostas, foi possível ir compondo um Marco Conceitual. Este, para o presente estudo pode ser assim resumido:

A assistência do enfermeiro é dirigida aos homens reunidos em pequenos grupos, que constroem sua história no âmbito das relações sociais. O propósito desta assistência é buscar, em conjunto, o inter-apoio e a construção de uma consciência crítico-reflexiva, e um pensar autêntico. Isto é conseguido através de práticas educativas em saúde, problematizadoras/dialógicas conduzidas a partir da realidade e do conhecer o homem, como dimensão maior do cuidado, propiciando, então, a reflexão sobre valores, crenças, experiências e ações próprias de cada homem no tocante, as suas questões de vida, saúde e doença, buscando uma saudável relação física, social e espiritual para/entre indivíduos e o meio.

3 CARACTERIZAÇÕES DO LOCAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

A prática se deu no Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de um Conglomerado Bancário Estadual, na cidade de Curitiba.

Os enfermeiros e outros profissionais do SESMT desenvolvem a longa data o Programa de Prevenção à Saúde do Trabalhador (PPST), através de palestras educativas no ambiente de trabalho dos bancários. Estas atividades preventivas ocorrem em diversos setores e agências bancárias da capital e interior do Estado do Paraná.

Como enfermeira do trabalho e colega dos profissionais daquele Serviço solicitei formalmente a inclusão do Processo de Enfermagem, por mim elaborado, no PPST.

Aceita a proposta, coordenei as reuniões, sendo 3 em agências bancárias, 1 com profissionais do próprio Serviço e mais uma com funcionários da Reflorestadora, pertencente ao Conglomerado. Participaram ao todo 41 homens e mulheres na função de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, chefes de setores, auxiliares administrativos, caixas e responsáveis por viveiros de planta. Estes últimos foram incluídos, mesmo não sendo indivíduos na função de bancários, porque solicitaram reunião e o conteúdo das discussões muito contribuiu a esse estudo.

4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Processo de Enfermagem, para este estudo, é o processo de trabalho da enfermeira estruturado e desenvolvido através do domínio da criatividade, técnicas e procedimentos, direcionados a provocar e mobilizar condições, para o desenvolvimento de atitudes de reflexão e crítica, que vão ao encontro de resolutividade aos problemas de vida, saúde e doença do homem, reunido em pequenos grupos.

4.1 O apoio teórico na Pedagogia da Problematização

A prática de educação em saúde se deu com apoio teórico na Pedagogia da Problematização, como processo intencional de aumento da capacidade do indivíduo de detectar problemas reais e buscar soluções viáveis, originais e criativas, através de perguntas relevantes e em diálogo constante, sugere assim, a participação ativa de todos os envolvidos no processo (Bordenave, 1989).

Esta abordagem suscita o pensamento crítico construtivo através do ato de refletir, de compreender as reais condições dos sujeitos, estimulando suas percepções de modo que avancem em seus conhecimentos, possibilitando formas próprias de pensar, conhecer e transformar a realidade. Por conseguinte, vem encontrar

afinidade com esta proposta de alternativa metodológica, em sua dimensão educativa, na prática assistencial proposta.

A fim de operacionalizá-la está transcrito, a seguir, o denominado "Arco de Charles Magueréz" tal como citado por Bordenave (1989). Este arco orienta-se todo tempo na realidade e guia metodologicamente à caminhada do pensamento para a ação.

FIGURA 1 – MÉTODO DO ARCO DE CHARLES MAGUERÉZ, CITADO POR BORDENAVE (1989).



A representação esquemática a seguir é uma adaptação da proposta da Pedagogia da Problematização, para o Processo de Enfermagem neste estudo:

FIGURA 2 – ADAPTAÇÃO DO MÉTODO DO ARCO DE CHARLES MAGUERÉZ, CONCEBIDO POR DYNIEWICZ (1995).



Esta adaptação permitiu outra linguagem e outras ações correspondentes, em situações trabalhadas em grupos, na prática assistencial, na dimensão Educação em Saúde, neste estudo que ora apresento.

Assim, descrevo as etapas em que uso outra linguagem, buscando fazer as explicações e desdobramentos relativos à experiência realizada e correspondente a cada uma delas.

4.2 Realidade

Esta realidade que emerge e depois é devolvida ao cotidiano, como mostra o Método do Arco (adaptado), é entendida como objetiva enquanto campo de visão sobre si e sobre o mundo reduzido em percepções, não percebido imediatamente em suas implicações mais profundas.

Busco, nos trabalhos em grupo na dimensão educativa em saúde, a constatação desta realidade. Contudo, espero mais o emergir da subjetividade ou as percepções de fundo, aquelas que não se destacam de imediato ou assumem caráter de problema para seu conhecimento e/ou ação.

4.3 Avaliação Culturológica

Entendi que para reconhecer aspectos da cultura do indivíduo no grupo, tornou-se necessária uma sistematização de busca e de registro. A possibilidade surgiu em Leininger citada por Patrício (1991): “avaliação culturológica é uma apreciação sistemática ou do exame dos indivíduos, grupos e comunidades, em seus valores, crenças e práticas culturais atuais e do passado, para determinar as necessidades e servir como um guia para a elaboração de planos de intervenção para o cuidado de enfermagem”.

Para ocorrer esta avaliação culturológica, segundo a Teoria da Transculturalidade, é necessário avaliar e obter informações sobre a estrutura social e a visão de mundo da cultura do indivíduo, explorando fatores do Sistema Tecnológico, Sistema Religioso e Filosófico, Sistema Familiar e Social, Sistema Cultural (valores e crenças), Sistema Político e Legal, Sistema Econômico e Sistema Educacional (Leininger, 1985).

A estes fatores acrescento neste trabalho, particularmente, o Sistema de Trabalho, considerando-o necessário para a percepção de vida, saúde e doença do homem, nas suas práticas laborativas.

Esta fase do processo surge da realidade concreta do sujeito, visto que o objetivo é levá-lo a observá-la com seus próprios olhos, expressando suas percepções.

O procedimento nessa fase foi com a apresentação de cada pessoa do grupo, através de figura de revistas, as quais ficaram disponíveis, espalhadas pela sala, e escolhidas livremente pelos participantes.

Após a escolha e um intervalo para reflexão de uma delas, foi solicitado da pessoa que respondesse às questões a seguir:

O que levou a escolher esta figura?

Quais as lembranças que lhe vieram a mente ao encontrar-se com a figura?

Qual a relação dessas lembranças com o momento presente?

As respostas encadearam outras perguntas que, pouco a pouco, conduziram ao sistema social e visão de mundo do indivíduo.

Não foi intenção, neste momento do trabalho em grupo, aprofundar questões sobre vida, saúde e doença, que pudessem emergir de cada um dos participantes. As colocações serviram para dar partida a um processo reflexivo, como também exercício inicial, um momento de descontração, para que todos tivessem a oportunidade de integrar-se ao grupo.

4.4 Perguntas Relevantes

A continuidade da sessão encaminhou-se, segundo a Pedagogia da Problematização, às perguntas relevantes sobre a temática de interesse.

Esta fase, teoricamente, poderia suscitar a habilidade intelectual de observar, analisar, avaliar, compreender, generalizar e abstrair. Para tanto, no trabalho em grupo, foi solicitado aos participantes que respondessem a seguinte questão:

Por que as pessoas adoecem? Com isso, obteve-se do pensamento das pessoas reunidas nos grupos, quais são as suas percepções e experiências pessoais sobre o adoecer do homem.

O grupo movimentou-se para responder, a partir da sugestão de um procedimento utilizado: a confecção de cartazes individuais, através de representações com colagens. À disposição do grupo ficaram revistas, jornais, tesoura, cola, canetas, pincéis atômicos, fita adesiva, cartolinas, etc.

As composições em cartazes ficaram expostas para a apreciação de todos os colegas do grupo. Enquanto apreciavam os cartazes, tendo em conta a questão central: “*Por que as pessoas adoecem?*”, derivaram daí outras perguntas relevantes a cada um dos participantes e estas convergiram para uma problematização contextualizada da temática em pauta.

4.5 Inquietação Reflexiva e Teorização

Durante estas duas fases, inter-relacionadas a anterior e a posterior, os cartazes foram apresentados individualmente às pessoas reunidas.

Procurou-se através de uma motivação, chamada aqui de “exposição de sua obra de arte”, estimular e valorizar a liberdade de expressão de cada um dos indivíduos, permitindo a comunicação espontânea advinda do processo de reflexão que se iniciou na avaliação culturológica.

Compreender operações analíticas da inteligência é altamente enriquecedor e permite o crescimento mental, pois passam pelo próprio esforço do domínio das operações

concretas para as operações abstratas, conferindo um poder de generalização e extrapolação considerável. Esta é a passagem da síncrese (descrição ingênua) à síntese (abstração e aplicação (Bordenave, 1989).

Importante, nesta fase, foi o esclarecimento de dúvidas sobre questões referentes ao adoecer humano, as quais puderam ser, com simplicidade e objetividade, esclarecidas ou dirimidas.

Com a permissão de todos os membros do grupo, durante as exposições orais, foram feitas gravações em fitas cassete a fim de registrar as “falas” que compõem o “corpus” de análise deste trabalho, comprometendo-se todos com a não revelação de identidades pessoais dos assuntos tratados.

4.6 Síntese

Esta terminologia foi incorporada na metodologia do Processo de Enfermagem deste estudo, pois como o conhecimento não é transferido, depositado, inventado, mas construído pelos homens nas suas relações com os outros e com o mundo, ele precisa ser refletido e reelaborado até chegar a incorporar e expressar este conhecimento.

Libâneo (1985) escreve que a síntese “é o resultado da integração de todos os conhecimentos parciais num todo orgânico e lógico, resultando em novas formas de ação”.

Nesta fase então, buscando similaridade ou lastro comum nas expressões advindas de percepções e experiências sobre saúde e doença trazidas pelo grupo e ainda aguçando a sensibilidade para identificar os significados num clima de favorável interação, propus a análise das representações, idéias e conceitos verbalizados pelos membros do grupo.

A exposição foi dialogada e se seguiu entrecortada com sínteses por parte de alguns, numa demonstração de interesse vinculá-la às suas necessidades ou problemas pessoais.

Como ninguém aprende sozinho, a possibilidade de ouvir e ser ouvido, na relação social com o grupo, possibilitou o aguçar de reflexões pela similaridade ou diversidade de idéias e conceitos elaborados, àquela ocasião.

Toda esta dialética de ação do homem vem da consciência de sentir-se problematizado, porque provoca o confronto com as crenças, valores, ambiente (natureza) e sociedade que cada indivíduo e cada grupo tem em suas histórias de vida.

Também traz à tona a realidade original de um conhecimento, através do afeto e da razão, procurando conhecer, buscar, procurar, investigar, enfim, desvelar esta realidade e, num esforço conjunto, com atenção e abertura para o novo, elaborar propostas de síntese (abstrações), ora individuais, ora em consonância com os demais membros do grupo, mas sempre em seu caráter de elaboração do novo, a ser configurado em transformação da realidade tratada.

Considerando que o conhecimento novo nasce a partir do antigo e em constante dinâmica, a sistematização do conhecimento sobre o adoecer do homem representou a síntese das múltiplas determinações, numa unidade da diversidade num todo articulado e compreendido, cuja repercussão, espera-se, seja a transformação de algum aspecto da realidade (Vaconcellos, 1992).

Não houve uma síntese conclusiva ou exposição material dos resultados, afinal o processo reflexivo, crítico, construtivo não acaba, não é a teoria, isoladamente, que transforma o mundo, e o significado de saúde ou doença é próprio de cada um, originado de seu contexto sócio-cultural. Depreende-se daí que somente ocorrerá transformações de práticas em saúde pelo diálogo reflexivo, promovendo a conscientização do indivíduo quanto à necessidade de tais transformações, respeitando suas crenças e seus valores.

5 ANALISANDO E REFLETINDO AS VIVÊNCIAS EM GRUPOS

Reunir-se em grupos não é tarefa fácil. Há todo um trabalho nos bastidores, que antecede o evento, fundamental para o êxito da tarefa.

Criar o clima para alcançar o clímax, nos trabalhos educativos em grupos, exige esforço mental, motivado e estimulado pelo desejo de que os objetivos sejam atingidos. É necessário um espaço físico apropriado; uma proposta de trabalho bem refletida e elaborada; uma consciência da relevância da liberdade de expressões; comunicação aberta, bilateral e criativa; espírito de solidariedade e fraternidade; responsabilidade profissional para não infringir regras da moral e da ética, engajamento aos problemas sociais reais que se apresentam no sentido de tomar decisões coletivas e condizentes às situações emergentes.

As propostas aprovadas para minimizar dificuldades foram: uma apresentação objetiva para cada grupo quanto aos propósitos do estudo, destacando o seu aspecto essencialmente educativo; apresentação da proposta de trabalho à pessoa que assumiu o papel da chefia imediata do local onde nos reuniríamos; solicitação da colaboração desta pessoa para convidar outras que poderiam participar das reuniões, sem prejudicar o trabalho individual e coletivo; participação de pelo menos um profissional do SESMT em cada grupo, como membro efetivo, com o propósito de reforçar o objetivo do estudo; facilitar a aproximação com as pessoas dos locais de reunião e colaborar no envolvimento das mesmas, nas metas do estudo.

Surpreendentes foram os locais e situações que envolveram as reuniões. Seleciono aqui algumas:

Numa Agência Bancária, próxima a Cidade de Curitiba, foi proporcionada a leitura de uma realidade muito peculiar.

A Agência fica numa cidade pequena onde as pessoas se conhecem, sabem mais umas das outras e de tudo que as rodeia. Explico melhor. O local escolhido para a reunião ficava ao lado da Agência, num espaço aberto chamado “churrasqueira”. Este local, com duas mesas grandes, com bancos, num espaço aberto, foi o ponto de encontro. Como o dia estava chuvoso e frio, tentávamos colocar dois painéis de plástico para abrandar o vento e a chuva, à medida que prendíamos um, o outro caía. Como o local tornou-se impróprio, duas pessoas se propuseram a ir em busca de outro espaço. Retornaram felizes da empreitada trazendo as chaves da Capela Mortuária, localizada ao lado da Igreja, muito próxima de onde estávamos. Como era o único local disponível no momento e estava ficando tarde, decidi convidar todos e fomos para lá.

Ao entrar nos deparamos com crucifixos em suportes, candelabros, suportes para caixões e outros aparatos próprios para um velório. Contudo, a sala era espaçosa, ventilada, com mesas e cadeiras suficientes para todos nós.

Como fazer uma reunião sobre saúde num espaço próprio para velar a morte?

Resolvemos juntos refazer o cenário voltando cadeiras e mesas em direção à porta e ficamos sentados de costas para os aparatos de velório. Naquele momento, não fiz uma leitura desta situação, ou seja, não percebi o enfrentamento da situação com direção à negação da morte.

Embora o local tenha se apresentado oportuno para uma problematização sobre vida e morte, tal referência não foi mais adiante do que nos comentários iniciais. Predominou a realidade objetiva, aquela decorrente das construções intelectuais, isto é, das necessidades emergentes com vistas a um propósito real e claro. A realidade subjetiva, advinda de convicções íntimas sobre a morte não emergiram nas expressões dos grupos. Concluo daí, que valores normatizados na sociedade permeiam o respeito à morte dos outros; enquanto as crenças em relação ao seu próprio morrer ficam como visão de fundo, envoltas em sentimentos de negação diante da única certeza do homem – a morte. Reconheço que esta peculiaridade de local de reunião deu esse toque e trouxe singular e implícita conotação aquele encontro de grupo.

Diferente de outros grupos, na Reflorestadora do Conglomerado Bancário, as pessoas estavam nos aguardando muito próximas às árvores e jardins. Um local muito agradável e confortável. E os jardineiros da horta lá estavam, com suas roupas de trabalho, bem arrumados e sem suas ferramentas.

Optamos em não trabalhar com recortes de revistas e colagens e sim com “contar causos” de doenças que envolvem pessoas próximas ou histórias pessoais. A opção por esta dinâmica foi escolhida pelas características do

grupo: pessoas simples, com pouca instrução formal e que ficariam mais descontraídas e à vontade conversando sobre suas histórias.

Sentados em círculo, em grandes e toscas mesas de madeira, iniciamos um “bate-papo” agradável sobre as razões pelas quais as pessoas adoecem.

A tarde transcorreu rapidamente num diálogo franco e aberto. Foi possível identificar o interesse de cada um pela história do outro através de gestos, olhares e opiniões a respeito do que estava sendo narrado.

Houve um clima de integração, desejo de colaborar e prestar atenção em cada situação, numa simplicidade genuína e sentida de estar próximo do outro e dos sofrimentos relatados em narrativas ricas em detalhes.

Foi um grupo fantástico, autêntico, reflexivo e atencioso. Uma experiência inesquecível que provocou em mim profunda emoção. As expressões foram relatadas com sinceridade, pouco comum no cotidiano das práticas educativas que vinham sendo desenvolvidas com outros grupos até então.

Pareceu-me que a proximidade com a natureza, o silêncio quebrado apenas pelo canto dos pássaros e do vento sobre o pomar criaram um espírito de união com a terra, e, brotaram dela os mais sinceros e verdadeiros sentimentos, refletidos com serenidade no enfrentamento com sua realidade, por mais cruel que se apresentasse, nos relatos ouvidos.

Na saída, retornando para casa, ouvimos agradecimentos e convites para voltarmos outras vezes. Fiquei pensando naquele espaço e até agora, enquanto escrevo, lembro-me nitidamente daquele lugar, daquelas pessoas e da serenidade contagiante que tive o prazer de compartilhar naquele tarde.

Ao problematizar questões sobre saúde/doença com o grupo, percebi em mim a intensidade desta situação inquietante, porque afloraram muitos sentimentos. Minhas convicções encontraram similaridade no discurso simples das pessoas. Não foram retratados padrões sociais aceitos e mantidos pelos indivíduos, ao contrário, os relatos aferiram intimidade consigo mesmo, com outras pessoas e tudo mais que nos rodeia.

Relato, agora, a experiência com um grupo do setor administrativo, dentro do Conglomerado Bancário.

Era um grupo de mulheres jovens, falantes e agitadas. Logo na entrada uma delas disse que nada iria falar, ficaria só olhando. Perguntei-lhe então, se ela sabia do que se tratava a reunião e que informações tinha recebido. Ela não respondeu, sentou-se numa cadeira, cruzou as pernas e braços, abaixou a cabeça e ficou em silêncio. Como estava sendo solicitada para receber as pessoas que estavam chegando, arrumar o espaço e os materiais para o grupo, não

tomei qualquer outra atitude senão observar tal comportamento que me chamava a atenção.

Tão logo todos se acomodaram iniciei, como em outros grupos, falando sobre os propósitos da reunião, agradecendo a presença e o desejo da participação de todos durante as atividades. A jovem, que aparentemente entrou relutante, acabou participando do grupo, com certa reserva, mas agradeceu na saída a oportunidade em participar com as colegas sobre uma discussão sobre “ter saúde”.

Com este grupo aprendi uma grande lição. O líder do grupo conduz as discussões, mas é o grupo que decide o rumo, com vistas à suas reais necessidades. Se meu propósito era questioná-las sobre as razões pelas quais as pessoas adoecem, as pessoas do grupo queriam discutir as relações de trabalho, tais como: competitividade, chefias imediatas, estresse e outras, com relação íntima com o adoecer, contudo ouvindo e transcrevendo as fitas gravadas, senti que cortei alguns depoimentos significativos, interrompi algumas discussões que talvez fossem naquele momento, mais importantes para o grupo, pois refletiam suas necessidades emergentes.

Foi um limite, na estratégia com este grupo, não ter aproveitado o momento para discutir o processo de trabalho da pessoa, na função de bancário. Deixei de ver com mais profundidade esses temas como determinantes de saúde-doença, enquanto certamente eles foram trazidos à discussão, não por acaso, mas pelas relações mantidas com a proposta de trabalho.

Refletindo sobre essas dinâmicas de grupo e outras realizadas, com vista a conotação problematizadora proposta no Processo de Enfermagem para este estudo, o processo representou um exercício de inter-apoio na busca de uma saudável relação física, social e espiritual dos indivíduos com o mundo que nos cerca. Creio que a proposta de educação em saúde fez diferença por evitar ser uma simples transferência de informações sobre saúde e doença aos indivíduos; foi além, considerando as possibilidades que o método problematizador/dialógico teve em suscitar, da realidade concreta dos sujeitos, a objetividade e subjetividade de suas percepções pessoais sobre o adoecer do homem.

A participação ativa dos indivíduos, reunidos num genuíno envolvimento construtivista, na busca dos determinantes aos agravos à saúde do homem, resultaram em temas emergentes descritos sob a forma de análise de conteúdo dos grupos.

6 ANÁLISE DE CONTEÚDO

As transcrições de gravações e anotações das “falas” nos grupos, durante as reuniões, compuseram o material de análise, constituindo o “corpus” do estudo de uma prática de Enfermagem em educação em saúde.

A proposta para esta etapa, Análise de Conteúdo, possibilitou interpretar dados de mensagens advindas da natureza das percepções dos indivíduos, envolvidos nos trabalhos em grupo, quanto ao adoecer do homem. Esse ponto chave resultou numa rede de significados com conteúdos de crenças, de valores, de sentimentos, de ações e de experiências vividas por estes indivíduos.

Para Berelson, citado por Kientz (1973), a Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa polivalente com múltiplos usos e possibilidades, que passa por uma descrição do conteúdo manifesto nas comunicações, tendo por finalidade interpretá-las.

Se a proposta deste trabalho é analisar e discutir, através de uma trajetória metodológica, o resultado de expressões das pessoas que são funcionárias de uma Empresa, cujas funções têm características rotineiras, os conteúdos manifestos nos grupos de trabalho serão significativos, para conhecer melhor a natureza das percepções desses indivíduos e abrir possibilidades de junto com eles atuar, tendo em conta sua vida, saúde e doença.

É neste sentido de explorar as influências do meio-ambiente sobre o homem que Kientz (1973) coloca a análise de conteúdo como aplicação fértil, conduzindo-a como instrumento de “diagnóstico cultural”.

Antes contudo da análise de conteúdo, propriamente dita, o mesmo autor, propõe uma primeira operação que consiste em reunir o material sobre o qual vai incidir a análise. Este material chamado de “corpus” reuniu, neste estudo, as “falas” dos indivíduos nos grupos quanto ao adoecer do homem, a partir da apresentação individual dos recortes de imagens de revistas por eles selecionadas e afixadas nos cartazes, durante a fase de Perguntas Relevantes do Processo de Enfermagem. Estas “falas” foram gravadas em fitas cassete e depois transcritas.

A fase seguinte, conforme as etapas de análise de conteúdo de Kientz (1973) consistiu em decompor o “corpus” em unidades cada vez menores, chamadas de elementos constitutivos ou unidades naturais. Entre frases simples (temas) e palavras chave somaram-se 65 elementos constitutivos, compondo os vários elementos considerados significativos, ou seja, valores, crenças e experiências vividas pelos indivíduos em grupo quanto à questão norteadora do estudo: “Por que as pessoas adoecem?”.

As unidades naturais foram reagrupadas em categorias por afinidade mútua de expressões dos indivíduos. Segundo Kientz (1973) esta forma de agrupamento chama-se análise associativa e deve estar de acordo com os objetivos do estudo e ainda organizada em número mais ou menos reduzido, a fim de se chegar a controlar a diversidade.

Retomando então o objetivo geral deste estudo, ou seja, retratar a vida cotidiana dos indivíduos, reunidos em grupo, resgatando seus valores, suas crenças e suas experiências de vida quanto ao adoecer humano e provocar a construção de uma consciência crítico-reflexiva sobre as questões de vida, saúde e doença, as categorias para análise referendam a intencionalidade de buscar a aproximação das expressões próprias dos indivíduos quanto a estas questões.

Os agrupamentos de categorias, tal como demonstrado no Quadro 1, a seguir, serão chamados aqui de Culturanálise cuja designação é de Morin, citado por Kientz (1973). Para aquele autor a Culturanálise é um espelho onde se reflete a cultura de um lugar e de uma época, é a matriz em que esta cultura se forma e transforma, assim toda mensagem é um reflexo do estado daquele que a emite e um meio que permite atuar sobre aquele que a recebe, influenciando-o e constituindo um quadro da vida cotidiana.

QUADRO 1 – CULTURANÁLISE E AS CATEGORIAS – POR QUE AS PESSOAS ADOECEM?

TEMAS DE CULTURANÁLISE	CATEGORIAS
Excessos/forçar limites	- Excessos no trabalho (1)* - Exceder os limites humanos (2)* -“As pessoas querem dar conta do mundo”.
Designios além do homem	-Oportunidade para rever a vida. (3)* -Força sobrenatural (4)* -Falta de crença religiosa -Não tem explicação
Desarmonias e desafetos	-Desarmonia humana e com a natureza (5)* -Falta de amor (6)* -Sonho não realizado (7)* -Saudade pela perda (8)* -Sentimentos negativos
Pressões do cotidiano	-“Pressão da mente que passa para o corpo” (9)* -“Nervoso pela preocupação” (10)* -Problemas do dia a dia. -Falta de sono tranqüilo
Desinformação	-Desinformação (11)*
Baixa auto estima	- Falta de cuidado consigo mesmo (12)*
Carências/ necessidades de bases fisiológicas (13)*	-Qualidade alimentar inadequada -Falta de higiene pess oal -Vida sedentária -Uso de bebidas alcoólicas. -Fumantes -Poluição
* Categorias analisadas à luz de diversos autores e apresentadas, para este artigo, de forma sintetizada a seguir.	

7 REFLEXÕES SOBRE A CULTURANÁLISE

A Culturanálise descrita até o momento acena com aspectos internos e externos desencadeadores do adoecer do homem, interagindo com as influências do meio, condicionadas pelas crenças, valores, experiências e ações dos indivíduos. A composição destes condicionantes revelou significados próprios à questão norteadora deste estudo: “Por que as pessoas adoecem?”

Estes significados, relatados e discutidos em grupos, surgiram a partir do poder reflexivo de cada um e da disponibilidade proporcionada pelo diálogo, em revelar suas convicções pessoais.

Dentre estas convicções pessoais sobre o adoecer, surgiram relatos desencadeadores já conhecidos e bem divulgados, tanto em práticas de educação em saúde tradicionais como também aqueles mais veiculados pela mídia, a saber: alimentação incorreta, excesso de trabalho, falta de cuidado consigo mesmo e outros.

São significados emergentes de uma realidade objetiva, entendida enquanto campo de visão sobre si e sobre o mundo, com implicações menos profundas. Estes significados são vistos, de um modo geral, pelos profissionais de saúde, como necessidades físicas e eventualmente emocionais, mas dentro de uma perspectiva voltada ao modelo causa-efeito em saúde, cujas variáveis são quantitativas e regidas pela ótica racional.

Este sentido de abarcar o adoecer, dentro de padrões determinados por causa e efeito, é criticado por Jung e Wilhelm (1992). Para estes autores é necessária “uma reação contra o predomínio insuportável do intelectualismo que prejudica a alma quando pretende usurpar a herança do espírito (...) que representa algo mais elevado do que o intelecto”.

Tais críticas são relevantes porque as práticas assistenciais com ênfase nesta racionalidade científica fazem parte, ainda, do cotidiano de atividades de educação em saúde, apesar de representarem pouco impacto social, no sentido da co-participação dos indivíduos em transformar hábitos de vida por outros mais saudáveis.

Foi possível identificar, contudo, expressões que resultaram em temas com convicções íntimas de teor mais subjetivo, aquelas percepções de fundo, que revelaram formas mais autênticas de pensar e sentir os agravos à saúde do homem.

Dentre estas significações, entrecortadas de sentimentos profundos e emoções sinceras, surgiram expressões ricamente partilhadas entre os membros dos grupos, tais como: sonhos, saudade, preocupação, amor, competitividade, sobrenatural e outros.

Estas e outras significações semelhantes, construídas a partir de um processo reflexivo/crítico/dialógico tem proximidade com a Teoria do Cuidado Transcultural de

Leininger, que trata das influências de crenças, valores e práticas culturais nos estados de saúde e doença das pessoas, ou seja, os conflitos e estresses culturais podem ser um ponto crítico em direção a doenças físicas e mentais e os enfermeiros podem ajudar as pessoas a compreenderem seus valores e crenças culturais.

“Como a Enfermagem é essencialmente um serviço de cuidado ao ser humano”, realiza uma diversidade de cuidados aos indivíduos ou grupos, para amenizar ou melhorar as condições humanas de vida, de forma que se ajuste às crenças, valores, modos de vida das culturas, para que um cuidado benéfico e significativo possa ser oferecido (Leininger, 1985).

Toda a proposta problematizadora do Processo de Enfermagem neste estudo foi ao encontro desta influência transcultural para o cuidado de inter-apoio aos grupos. A Análise de Conteúdo mostrou uma variada gama de possibilidades quanto ao adoecer do homem, resultado das percepções dos indivíduos inseridos numa estrutura social, política, econômica e cultural, que dialogicamente desencadeou um processo reflexivo/crítico, culminando em significações próprias sobre saúde/doença.

Estas significações, decorrentes das influências desta estrutura, deram direção à diversidade de ações de inter-apoio, proposta por Leininger de três modos: preservação cultural do cuidado, que são ações para preservar ou manter um estado de saúde; acomodação cultural de cuidado ou negociação para um estado satisfatório ou benéfico de saúde; repadronização cultural do cuidado ou reestruturação” para modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que dêem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis” (George et al., 1993).

A repadronização cultural proposta aos grupos foi no sentido de reconstrução de suas próprias sínteses reflexivas e devolvidas ao grupo, a partir do que foi dito, sentido e percebido. Esta perspectiva de cuidado, através do inter-apoio, pode fazer diferença na forma como as pessoas consideram a vida e mantêm a saúde.

Todas as ações de inter-apoio dirigiram-se no sentido de “superar as dualidades clássicas” que separam “corpo e mente, indivíduo e sociedade, saúde e doença” e compreender o homem em sua totalidade dinâmica com o mundo. Ações que se caracterizam pela prevenção e promoção à saúde a partir das expectativas, potencialidades, respeito a crenças, valores e práticas em saúde, através da “negociação interacional”, em que o diálogo reflexivo promove a conscientização do cliente para as práticas de saúde que lhe estão trazendo “mal viver”, gerando necessidade de transformação dessas práticas, sem agredir o cliente, suas crenças e valores (Patrício, 1993).

8 VOLTANDO AO COMEÇO – INSPIRAÇÕES REFLEXIVAS

Ao concluir este artigo, retorno ao objetivo central deste estudo, qual seja o de *desenvolver uma abordagem alternativa para a prática assistencial do enfermeiro, na dimensão de educação em saúde, que considere valores, crenças e experiências de indivíduos, como essência do trabalho educativo a grupos sociais.*

Esta metodologia considerou conhecer o homem, através de seus valores, suas crenças e experiências pessoais, a essência do trabalho educativo a grupos sociais, especificamente a indivíduos na função de bancários, reunidos em pequenos grupos, no próprio local de trabalho.

A condução a este objetivo geral foi possível pelo entendimento, durante o Curso de Mestrado, de pensar a prática para a construção do Marco Conceitual, interligá-lo a uma teoria de enfermagem e ainda, neste estudo em especial, também a abordagem de uma teoria pedagógica da problematização, para a seguir, estruturar e operacionalizar o Processo de Enfermagem da Prática Assistencial.

Este caminho reflexivo-teórico-prático de pensar a prática assistencial de Enfermagem é enfatizado por Paim e Trentini (1993). Estas autoras expressam a convicção de que desenvolver conceitos que emergem da prática, relacioná-los entre si de maneira organizada, entender e interpretar o pensamento de uma teoria e finalmente saber interligar conceitos referindo teoria, de maneira que possam ser operacionalizados, são estratégias de instrumentalização dos enfermeiros para unir teoria-prática de modo sistematizado, gerando mais qualidade na assistência e prazer no trabalho transformador.

Para este capítulo (in) conclusivo, retomo também esta trajetória, tomando de referência os questionamentos que conduziram a construção do Marco Conceitual.

As questões, depois de reformuladas, são as seguintes:

A Prática Assistencial foi dirigida a quem?

Onde ela se deu?

Qual foi o propósito desta Prática Assistencial?

De que forma foi operacionalizada?

Quem a realizou?

À medida que respondo a estes questionamentos tenho a intenção de sintetizar e refletir sobre as fases da trajetória da Prática Assistencial.

Ao primeiro questionamento respondo que a Prática Assistencial foi dirigida no sentido de conhecer o homem, quanto às suas questões de vida/saúde/doença, no trabalho educativo em pequenos grupos. Esta característica vital da natureza humana, de reunir-se em pequenos grupos, mostrou-se um espaço significativo para trocar experiências, compartilhar vivências e saberes.

Mostrou-se também intimista e facilitadora da liberdade de expressões dos indivíduos, que relataram uma diversidade de significações próprias, quanto ao adoecer do homem. Uma demonstração de relação íntima consigo mesmo, com o momento histórico e espaço sócio-político-cultural que ocupam. Esta diversidade demonstrou ainda, que o adoecer acomete o homem como um ser total e singular, tornando-se uma experiência única para quem a vive.

As reuniões de grupo deste estudo, respondendo ao segundo questionamento, ocorreram nas práticas sociais dos indivíduos, nos próprios locais de trabalho.

Embora as pessoas nestes grupos trabalhados exercessem funções laborativas que não favorecessem tão amplamente a criatividade, a iniciativa e o pensamento autêntico, o agir educativo problematizador, provocado durante o Processo de Enfermagem, facilitou a reflexão e o exercício de trocar experiências. Isto levou os indivíduos nestes grupos a encaminhamentos de sínteses próprias, quanto à questão do adoecer humano.

Reflijo então que, sejam quais forem as atividades que o homem desenvolva nos grupos sociais, o seu poder criador/crítico/reflexivo emerge quando lhe é proporcionada a oportunidade de se expressar clara e genuinamente, o que passa a significar uma possibilidade que tende a ser compreendida para além dos momentos de uma reunião.

Para Freire (1975) o agir educativo problematizador possibilita ao homem a “discussão corajosa de sua problemática”, fazendo frente aos “movimentos de pânico quando soe a hora do desaparecimento de muitos de nossos hábitos mentais” para assumir “posturas conscientemente mais críticas diante da vida” sobretudo para mudanças de atitudes necessárias às condições novas da realidade. Visto por este prisma criativo e inventivo a educação problematizadora provoca permanente relação do homem com o mundo, tornando-se um ato de amor e coragem.

Quanto ao propósito desta Prática Assistencial, intencionalmente, foi a educação em saúde como espaço de contínua e mútua aprendizagem e desenvolvimento da criatividade pela co-participação de todos os envolvidos.

A educação em saúde foi desenvolvida de forma problematizadora/dialógica, mostrando-se um processo de trabalho humanístico e solidário ao inter-apoio entre os indivíduos, para a construção de um pensar autêntico e tomada de consciência da realidade.

Tomou-se como uma aproximação desta realidade a referência aos valores, às crenças e às experiências dos indivíduos, expressas nos grupos, quanto às questões de vida/saúde/doença. Por sua vez, a operacionalização desta educação em saúde seguiu os passos do Método do Arco de Charles Maguerez (adaptado), tal como descrito neste trabalho, no item Processo de Enfermagem.

Com este Método foi possível o exercício de não emitir fórmulas, mas aprender a perguntar e obter respostas singulares, que conduziram ao pensamento mais autêntico sobre o adoecer humano.

As ações e decisões, durante as fases do Processo de Enfermagem, foram tomadas em conjunto, mediadas por um diálogo claro e genuíno que estabelecemos juntos nos grupos, como um pré-acordo. Procurei agir como facilitadora, buscando as similaridades de “falas” dos indivíduos, recolocando uma questão ou outra para clarear a problematização emergente no grupo. Esse processo culminou em acumuladas discussões face a questão norteadora deste trabalho e o grupo se envolveu, gerando uma diversidade de manifestações verbais e não verbais, as quais continham causas ao adoecer humano.

Esta multicausalidade encontra-se com um caráter holístico nesta proposta metodológica, valorizando assim o entendimento do homem como um ser total em comunhão com o ambiente.

Nesta coerência, Leininger (1985) escreve que “há uma relação próxima e identificável entre os padrões de vida, ambientes e linguagens do ser humano e as características da estrutura social (valores políticos, econômicos, religiosos, educacionais, tecnológicos e culturais) que influenciam os resultados das práticas de cuidado de Enfermagem”.

Especificamente para este estudo, as práticas de cuidado, com estas dotações, foram realizadas pelo enfermeiro, dentro da proposta de Enfermagem Transcultural de Leininger, que “focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à Enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores culturais e contexto saúde-doença” (George et al., 1993).

Ao refletir sobre quem realiza esta Prática Assistencial procuro enfatizar que o processo de trabalho do enfermeiro requer essa dimensão de prática educativa em saúde, e se mostra aqui como possibilidade concreta do trabalho autônomo da profissão; da realização profissional pela participação efetiva na socialização do homem; do desenvolvimento do poder criativo, inovador e de contribuição para a mútua aprendizagem.

Sendo a educação em saúde um processo de trabalho contínuo e dinâmico, o avanço desta proposta fez com que eu refletisse sobre algumas questões próprias destas vivências de grupos, quais sejam:

- a real identidade do cenário, para as ações de educação em saúde, requer do enfermeiro atitude despojada de pré-julgamentos, diante de expressões advindas dos indivíduos. Esta atitude mostrou-se significativa para facilitar um clima de confiança, respeito e compreensão, motivando sentimentos de independência para opções e decisões em dialogar;
- como a natureza humana é rica e variada, identificar o que se mostra e o que se esconde nas expressões dos indivíduos, através de um método problematizador, no qual se aprende a perguntar e obter respostas singulares da realidade, mostrou-se uma estratégia facilitadora na condução de questões sobre vida/saúde/doença nos grupos;

- um grupo democrático, como se desejou nesta prática educativa em saúde, implicou em: dividir responsabilidades, assegurar que todos estivessem de acordo em discutir e analisar a temática proposta e encaminhar as discussões para um diálogo mútuo;
- implicar-se pessoalmente com o grupo, demonstrando disponibilidade, disposição, aceitação e valorização pelo que estava sendo realizado favoreceu o inter-apoio nos trabalhos em educação em saúde. Esta postura atenta e aberta foi um propósito pessoal, para levar a efeito uma metodologia mais humanista e reconhecidamente solidária na convivência de nossas relações sociais juntos em grupos.

Estas posturas e atitudes percebidas e sentidas nas dinâmicas de grupo convergem para uma convicção pessoal, de que nas práticas educativas em saúde é necessário um espírito de cooperação que revele potencialidades mútuas dos enfermeiros e indivíduos, buscando juntos uma identidade sócio-cultural coerente com a realidade do cotidiano. Isto resulta num posicionamento reflexivo-crítico face ao mundo, às estruturas, à cultura e à história.

Tal posicionamento tem em vista o bem comum dos indivíduos em grupos, pelo engajamento a este propósito, mobilizado para um compromisso de sucessivas aproximações pensadas e sentidas com o outro. Desta forma, as relações sociais implicam em educarmo-nos em grupos e este trabalho coloca à prática assistencial em saúde, com grupos de indivíduos, como um caminho para ser vivido:

Engajamento da Enfermeira no compromisso com o outro,

CONsciência da Enfermeira para a realidade objetiva e subjetiva do outro e seu contexto social, político, econômico e cultural.

TROca mútua e genuína da Enfermeira, em seu conhecimento humanista/científico/técnico com o outro em sua história e realidade.

ABSTRACT: This work presents an account of an experience carried out with small groups of individuals, working as bank employees, in their own place of work, developed under a proposal of assistance practice of educational dimensions, brought into effect by the nurse in the social function of health educator. It is an alternative methodological approach, guided by a conceptual framework built upon my own conceptions, concepts from Leininger's transcultural theory and a didactic and pedagogic approach

based on Paulo Freire's problematization theory, and implemented through Charles Maguerez's Arch Method. The whole methodology proposed here worked around the leading question, "Why do people fall ill?". In this methodology it was attempted to recover beliefs, values, experiences and actions which were characteristic of the individuals, as the essence of the educational work directed to these groups. The individuals' expressions, subdivided into culture-analysis, are part of a provisional synthesis upon which a content analysis was carried out. The (non-) conclusions of these reflections/actions/reflections point at a multicausality of the process of becoming ill, which affects the human being in their totality and uniqueness, with particular significance for those who undergo this process. The groups were then led to a construction of dialogical, reflexive, critical conscience about this multicausality and the facilitating action of inter-support, coherent with the individuals' socio-political, economic and cultural context.

KEY WORDS: Nursing; Health education; Health promotion.

REFERÊNCIAS

- 1 BORDENAVE, J.E.D. **Alguns fatores pedagógicos.** capacitação pedagógica para instrutor supervisor área de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.
- 2 FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
- 3 GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 4 JUNG, C.G.; WILHELM, R. **O segredo da flor de ouro: um livro de chinês.** Petrópolis: Vozes, 1992.
- 5 KIENTZ, A. **Comunicação de massa: análise de conteúdo.** Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.
- 6 LAGANÁ, M.I.C. A educação para a saúde: o cliente como sujeito da ação. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v.23, n.1, p.149-152, abr. 1989.
- 7 LEININGER, M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In.: SIBRAPEM, 1, 1985, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, 1985.
- 8 LIBANEO, J.C. **Democratização da escola pública – a pedagogia crítico-social dos conteúdos.** São Paulo: Loyola, 1985.
- 9 PAIM, L.; TRENTINI, M. Tudo além do modelo médico – Uma experiência de ligação teoria-prática na Assistência de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.2, n.1, p.13-32, jan./jun. 1993.
- 10 PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido, através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 11 _____. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado / propondo o cuidado (holístico). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.2, n.1, p.67-81, jan./jun., 1993.
- 12 VASCONCELLOS, C.S. Metodologia dialética em sala de aula. **Rev. Educ. AEC**, n.28, abr./jun., 1992.

Endereço do autor:
Rua Padre Anchieta, 1965 - ap. 1201
80730-000 - Curitiba - PR