

CRISTINA MARA DEL GROSSI UHLMANN

**ENSINO DE ENFERMAGEM E CUIDADO HUMANIZADO:
ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Cristina Mara Del Grossi Uhlmann.

Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias-da-Silva
Orientador

CAMPINAS

2004

CRISTINA MARA DEL GROSSI UHLMANN

***ENSINO DE ENFERMAGEM E CUIDADO HUMANIZADO:
ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem*

ORIENTADOR: PROF. DR. MAURO ANTÔNIO PIRES DIAS DA SILVA

CAMPINAS

2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	Uh6e
V	EX
TOMBO BC/	59463
PROC.	16-117-04
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	
Nº CPD	

Bib id 322371

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Uh6e

Uhlmann, Cristina Mara Del Grossi

Ensino de enfermagem e cuidado humanizado: estudo das representações sociais de professores do ensino médio / Cristina Mara Del Grossi Uhlmann. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Mauro Antônio Pires Dias da Silva
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Prática pedagógica. 2. Enfermagem - currículos. I. Mauro Antônio Pires Dias da Silva. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) – Mauro Antonio Pires Dias da Silva

Membros:

1. Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva

2. Profa. Dra. Maria Júlia Paes da Silva

3. Profa. Dra. Débora Isane Ratner Kirschbaum

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 17/02/2004

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo aos meus primeiros cuidadores: **meus pais**. Cada um com a sua maneira própria de amar e cuidar me ensinou valores éticos, morais, sociais e culturais do quais me orgulho por ter herdado.*

*Ao grande amor da minha vida: **Victor**, que com sua presença e mesmo com sua ausência continua a me ensinar lições de vida e amor. Entre nós, o verbo cuidar sempre esteve presente.*

*Aos nossos filhos: **Victor Filho e Vinicius**. Deus foi muito generoso em colocá-los sob os nossos cuidados, eles trazem sentido a nossa vida e são a alegria e a luz dos nossos dias. Com eles aprendi o que é cuidar e amar de forma incondicional e única.*

*À Professora Dra **Maria Júlia Paes da Silva**, representando os grandes cuidadores que pesquisamos e definimos como referencial teórico neste estudo. Como foi bom na leitura de suas publicações sentir que o sonho da humanização da Assistência de Enfermagem e dos hospitais não era só meu! Saí do sentimento de impotência para um sentimento de otimismo e escrever sobre o cuidado e as formas de ensinar o cuidado ganhou novo sabor!*

Agradeço à Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Ciências Médicas / Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem a oportunidade de realizar o *Mestrado em Enfermagem*. Muitas foram as lições e ótimos foram meus mestres.

Ao Professor Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva, sua humildade e capacidade de dividir e partilhar conhecimentos demonstram sua sabedoria. Mais do que orientador, meu maior incentivador; pulso firme, mas flexível, permitiu que eu dividisse com ele minhas dificuldades e me ajudou a superá-las. Meu mentor intelectual e hoje e para sempre um grande amigo.

À Professora Doutora Eliete Maria Silva, por acreditar na minha capacidade de realização, por dispensar momentos de orientação preciosos para o meu aprendizado e pelo convívio terno e acolhedor.

À Professora Dra. Débora Isane Ratner Kirschbaum e à Professora Dra. Mara Regina Lemes de Sordi, as contribuições valiosas e generosas durante o processo de qualificação desta pesquisa.

Às professoras do Departamento de Enfermagem e Direção do Colégio Técnico de Limeira da Universidade Estadual de Campinas, agradeço a compreensão, pois em certos momentos tive que me distanciar de minhas atividades docentes para exercer as discentes.

À professora Maria de Lourdes Zaros Giraldeello, amiga generosa e grande incentivadora de meus ensaios nesta difícil tarefa de dissertar. Sua impecável revisão gramatical valorizou muito nosso estudo.

Aos professores sujeitos desta pesquisa: vocês foram muito generosos comigo, mostraram-se sempre disponíveis, cooperativos e compartilharam do meu entusiasmo na realização deste estudo. Nosso convívio foi agradável e a troca de experiências foi de grande valia.

Algumas pessoas me marcaram muito no transcorrer deste estudo: umas por cooperação, outras por solidariedade, amizade, entusiasmo, confiança, segurança. Amigos, professores, pessoal administrativo de apoio, colegas de trabalho... Ficam anônimas, confirmam a generosidade e ficarão registradas na minha história de vida.

“Só o cuidado de um para com o outro humaniza verdadeiramente a existência. E o cuidado é o modo próprio de ser humano”.

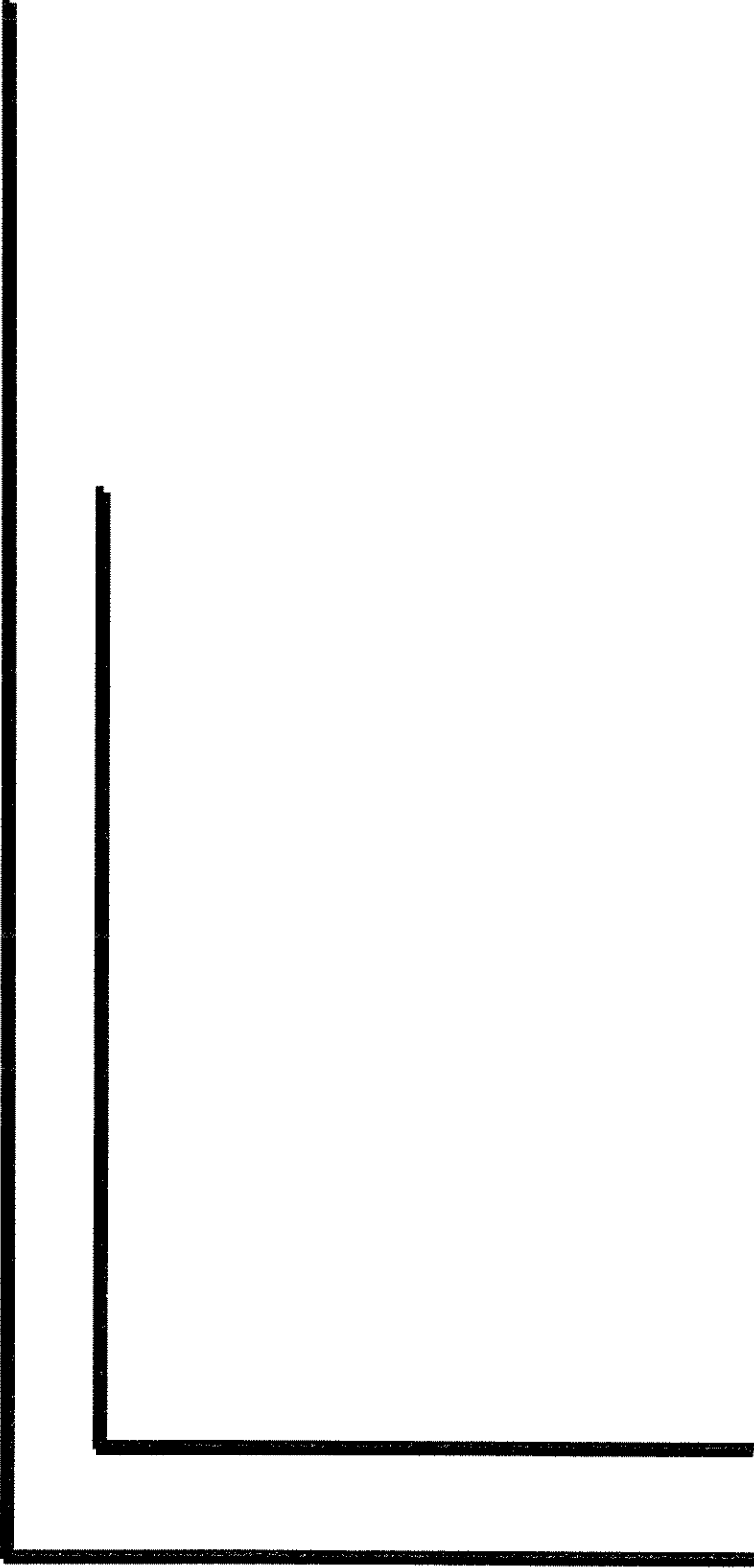
Leonardo Boff

“Porque o homem sempre sonhou e sonha, ele é capaz de atravessar os mares, os ares, as doenças, as perdas. Porque soube observar a realidade, foi capaz de realizar seus sonhos: das plantas vieram os remédios, dos animais a localização de fontes de água e trilhas mais fáceis para percorrer. Porque se arrisca a sonhar e criar, o homem transforma, transmuta”.

Maria Júlia Paes da Silva

	PÁG.
RESUMO.....	<i>xix</i>
ABSTRACT.....	<i>xxiii</i>
1- INTRODUÇÃO.....	27
1.1- Considerações sobre o percurso profissional da pesquisadora e o surgimento do problema.....	29
1.2- Considerações históricas e legais sobre o Curso Técnico de Enfermagem.....	36
1.3- Delineando uma definição: Cuidado de Enfermagem humanizado.....	41
1.3.1- Cuidar / Cuidado de enfermagem.....	41
1.3.2- Cuidado humano / Cuidado humanizado.....	45
2- OBJETIVOS.....	53
3- CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO.....	57
3.1- A Pesquisa Qualitativa.....	59
3.2- A Representação Social.....	60
3.3- O Campo de pesquisa.....	65
3.3.1-O local.....	65
3.3.2- Os entrevistadas.....	66
3.4- A Coleta dos Dados.....	68
3.4.1- Análise Documental.....	69
3.4.2- Entrevistas.....	80

4- A ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	81
4.1- Os Resultados e a Discussão dos dados.....	84
4.2- Unidades Temáticas e as Estruturas Relevantes.....	85
UNIDADE TEMÁTICA I- Cuidado de Enfermagem Humanizado.....	87
UNIDADE TEMÁTICA II- O Trabalho Docente.....	87
UNIDADE TEMÁTICA III- Ensinando o Cuidado de Enfermagem Humanizado.....	88
UNIDADE TEMÁTICA IV: Humanização do Cuidado de Enfermagem e sua relação com a Humanização do profissional que cuida.....	88
5- CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS FINAIS.....	177
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187
7- OBRAS CONSULTADAS.....	197
8- ANEXOS.....	201
Anexo 1- Número de alunos que ingressaram no Curso Técnico de Enfermagem do COTIL/UNICAMP.....	203
Anexo 2- Perfil dos professores, sujeitos da pesquisa.....	205
Anexo 3- Orientações para os sujeitos da pesquisa.....	207
Anexo 4- Roteiro da entrevista.....	209
Anexo 5- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	211



RESUMO

O estudo tem como objetivos: identificar as Representações Sociais (RSs) dos professores do Curso Técnico de Enfermagem e analisar as RSs relacionadas ao ensino do cuidado de enfermagem humanizado. Coletamos e identificamos as RSs em Unidades Temáticas (UT) e Estruturas Relevantes (ER), organizamos e apresentamos os achados em um formato que desvelassem o dia a dia do professor relacionados ao cuidado humanizado.

O referencial teórico metodológico adotado foi a Representação Social, tendo em MOSCOVICI, MINAYO e SILVA os pressupostos teóricos que favoreceram a delimitação do objeto. A técnica utilizada nas discussões foi o da análise temática. A partir dos recortes dos depoimentos e agregação das RSs nas UT e ER, estabelecemos as análises, relacionando-as com referências bibliográficas que permitissem discussões e reflexões sobre os significados das RSs. Ao discutir a **Unidade Temática I** foram apresentadas três ER que abordaram questões relacionadas ao cuidado de Enfermagem Humanizado / Desumanizado, valores e ideologias. Na **Unidade Temática II** foram discutidos quatro ER: a organização, os objetivos das práticas pedagógicas, princípios e valores, adolescentes e práticas pedagógicas. Na **Unidade Temática III** foram discutidas duas ER: prática pedagógica do Cuidado e os instrumentos para ensinar o Cuidado de Enfermagem Humanizado. Na **Unidade Temática IV** a Humanização do Cuidado de Enfermagem relacionado com humanização do profissional que cuida. Portanto, estudar as RSs dos professores do ensino médio de enfermagem apresentou dois significados: 1. as Representações Sociais são múltiplas e passíveis de reflexões sistematizadas e ajustadas às necessidades históricas, sociais, políticas de uma sociedade e 2. o estudo das compreensões do cotidiano do professor do ensino médio de Enfermagem RSs possibilitou entendimentos mais rigorosos e exatos das condutas adotadas pelos professores, inclusive, muitas vezes, as nossas próprias condutas, que são reproduzidas de forma inconscientes e alienadas.

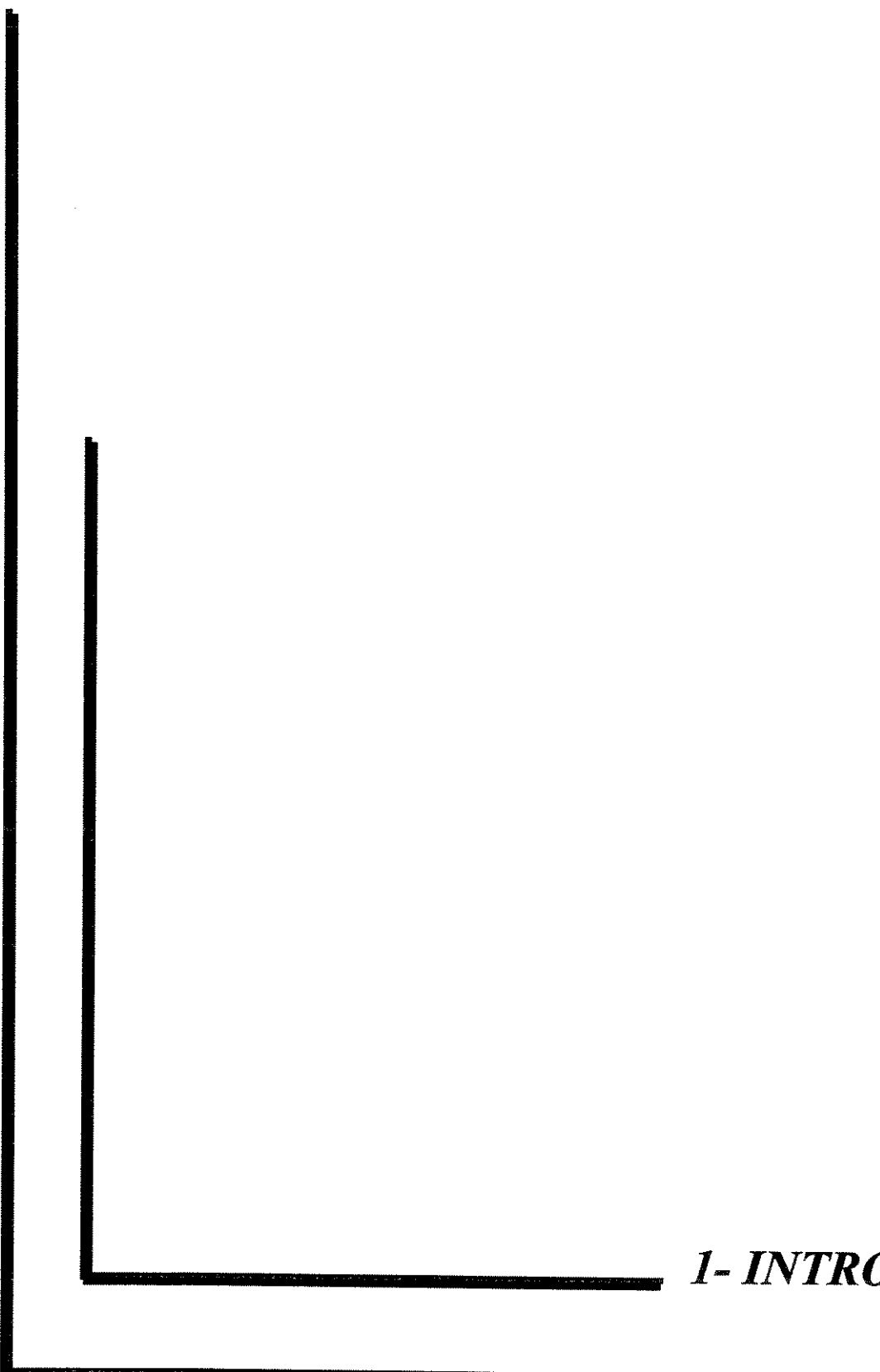
Palavras chaves: Cuidado Humanizado, Ensino de enfermagem de nível médio e Representação Social.

ABSTRACT

The study has as objectives: to identify the Social Representations (SRs) of the teachers of the Technical Course of Nursing and to analyze the SRs related to the teaching of the care of humanized nursing. We collected and we identified the SRs in Thematic Units (TU) and Relevant Structures (RS), we organized and we presented the discoveries in a way that revealed the day by day of the teacher related to the humanized care.

The methodological theoretical referential adopted was the Social Representation, having in MOSCOVICI, MINAYO and SILVA the theoretical presuppositions that favored the delimitation of the object. The technique used in the discussions was of the Thematic Analysis. Starting from the parts of the speeches and aggregation of RSs in TU and RS, we established the analyses, relating them with bibliographical references that allowed discussions and reflections on the meanings of the SRs. When discussing the **Thematic Unit I**, three RS that approached related subjects under the care of humanized and not humanized nursing, values and ideologies were presented. In the **Thematic Unit II**, four RS were discussed: the organization, the objectives of the pedagogic practices, principles and values, adolescents and pedagogic practices. In the **Thematic Unit III**, two pedagogic RS were discussed: pedagogic practice of the care and the instruments to teach the care of Humanized Nursing. In the **Thematic Unit IV**, the humanization of the nursing care related with the humanization of the professional that takes care. Therefore, to study the RSs of the teachers of the medium teaching of nursing presented two meanings: 1. the Social Representations are multiple and susceptible to systematized reflections and adjusted to the historical, social and politics needs of a society; 2. The study of the comprehension of the routine of the RSs of the teachers of the medium teaching of nursing made possible more rigorous and exact understandings of the conducts adopted by the teachers, besides, a lot of times, our own conducts, that are reproduced in an unconscious and alienated way.

Key words: Humanized Care, Teaching of Nursing of medium level and Social Representation.



1- INTRODUÇÃO

1.1- CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO PROFISSIONAL DA PESQUISADORA E O SURGIMENTO DO PROBLEMA

O nosso percurso profissional foi iniciado como enfermeira assistencial em Pediatria, em uma unidade de Neonatologia (Berçário Patológico). Foi nessa ocasião que confirmamos o acerto na escolha da profissão de Enfermagem. Descobrimos que o grande prazer em **cuidar** das pessoas e que o contato direto era essencial, trazia mais sentido para nossa existência.

Outra descoberta aconteceu nas atividades de Supervisão Geral e de Unidade e nos Grupos de Educação em Saúde formados por mães e familiares. Foram necessários para essas atuações os conhecimentos de outras Ciências que não a Enfermagem propriamente dita: a Administração, a Sociologia, a Comunicação e a Psicologia, as Ciências Humanas e Sociais.

Ministrando palestras, dando orientações e instruindo colegas da equipe, descobrimos a nossa outra paixão: **ensinar**.

As interações com pacientes e com seus familiares nos despertaram também a inquietação de buscar o **papel social do enfermeiro**: mais do que “cuidar” e “ensinar”, sentimos que precisávamos “**lutar**” pelos excluídos, a fim de combater as desigualdades sociais e as exclusões no acesso ao Sistema de Saúde.

Tornamo-nos enfermeira sanitarista, entendendo ser esse um meio de compreender melhor o contexto social e político em que atuávamos. Também na busca do aprimoramento profissional, fizemos especialização em Administração Hospitalar para podermos aprender como utilizar melhor os meios de que dispúnhamos durante a supervisão e administração da Unidade que chefiávamos.

Atuamos em Saúde Pública aproximadamente oito anos, na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, no nível central, na formação de Recursos Humanos e na coordenação do Programa de Saúde do Trabalhador, o que exigiu a especialização em Enfermagem do Trabalho. Por mudança de domicílio, tivemos que

reiniciar a carreira profissional, mas estávamos determinada¹ ao exercício de atividades educativas. Optamos por uma Instituição de Ensino Médio em Enfermagem, área em que atuamos até hoje. Para exercermos o cargo de professor de ensino médio, foi necessário participar de um Curso de Licenciatura em Enfermagem e, nessa ocasião, nosso conhecimento sobre ensino e aprendizagem pôde ser revisto e atualizado. Assumimos o título de professora, mas nos propusemos a ser, além disso: uma **educadora**. Instigada por questões que não abranjam somente a necessidade de aprender especificidades sobre determinadas áreas do conhecimento, mas preocupada em formar cidadãos envolvidos com aspectos do coletivo, buscamos autores que contribuíssem com a definição do que é ser educador e como exercer esse papel social. Nessa busca, tivemos um feliz encontro e um convite para estudar as idéias de FREIRE (1997, 1998 e 1999) e, posteriormente, de ANTUNES (2002a).

Para ANTUNES (2002a, p.109), “ser um educador é intencionalmente exercer influência duradoura sobre o desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicomotor de outra pessoa ou ajudá-la no seu processo global de desenvolvimento”. E acrescenta “que um professor não é necessariamente educador; e este, por sua vez, não é necessariamente professor”.

Refletindo sobre as idéias de Paulo Freire, fomos envolvida em um movimento de mudança de nossa prática educativa, saímos do conforto de práticas já reconhecidas para uma análise crítica do trabalho docente. Entre suas várias citações, damos relevo a FREIRE (1999, p.43):

A prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a própria prática.

¹ - Ocorrência do “plural de modéstia”, em que a pessoa que fala ou escreve refere-se a si mesma como “nós”. O adjetivo referente ao falante surge no singular: silepse de número. INFANTE, Ulisses. **Curso de Gramática aplicada aos Textos**. São Paulo: Scipione, p. 467.

Segundo FREIRE (1999), a educação é uma forma de intervenção no mundo que vai além da interferência do conhecimento dos conteúdos, pois implica tanto o esforço de reprodução da ideologia dominante² quanto o seu desmascaramento. Entendemos que uma prática docente esteja calcada no movimento de mudanças que podem ou não assimilar a ideologia dominante³, mas, necessariamente, tem que exercer uma análise crítica das práticas educativas.

O autor define o professor-educador como aquele capaz de criar possibilidades para a construção ou produção do conhecimento. “Educar não é transmitir conhecimentos” (FREIRE, 1999, p.52). Ensinar exige rigor metodológico que reforce a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão. Educadores e educandos devem ser criadores, instigadores, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes. Para ser um educador, é necessário pesquisar:

(...) não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino... Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar; constatando, intervenho; intervindo, educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que não conheço e comunicar ou anunciar a novidade (FREIRE, 1999, p.32).

O método Freire implica um professor-educador que respeite os saberes de seus educandos, que instigue criticidade, questionamento, que induza o aluno à uma inquietação indagadora. Que possua ética e estética para formar indivíduos capazes de valorar, de intervir e gerar mudanças, de escolher, de decidir e de romper com conceitos cristalizados e nada adequados ao mundo e à escola da atualidade. Ensinar exige corporeificação das palavras pelo exemplo, exige risco, aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação. Exige reflexão crítica sobre a prática, reconhecimento e assunção da identidade cultural dos alunos, consciência de inacabamento, estando sempre predisposto à

² “Após a morte de Marx, o conceito de ideologia começou a ter um novo significado. Não perdeu a sua conotação crítica, mas adquiriu principalmente duas formas: uma concepção de ideologia como a totalidade das formas de consciência social... e a concepção de idéias políticas relacionadas com os interesses de uma classe”. GUIMARÃES, Antonio Monteiro (ORG.). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zarar. 1988. p.184-185.

³ FREIRE (1999, p.110) defende que: “a ideologia dominante insinua a neutralidade da educação. O espaço pedagógico neutro por excelência é aquele em que se treinam os alunos para práticas apolíticas, como se a maneira humana de estar no mundo fosse ou pudesse ser uma maneira neutra”.

mudança e à aceitação do diferente. Exige vigilância do bom senso na avaliação da prática, apreensão da realidade dos alunos, alegria e esperança.

Do educador exige-se competência profissional, segurança, generosidade, comprometimento, compreensão de que educar é uma forma de intervenção no mundo. Exige-se que ele saiba exercer a liberdade e a autoridade, saiba escutar e tenha disponibilidade para o diálogo e que também queira bem a seus alunos.

Instigada pelas idéias de Paulo Freire e pelas experiências de Celso Antunes, a metodologia de ensino que havíamos adotado no cotidiano e que nos dava segurança não mais nos satisfazia. Sentimos a necessidade de avaliar a nossa prática continuamente, entretanto necessitávamos saber **como pesquisar**. Partimos para a busca de novos conhecimentos com a pós-graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Aprovada no Processo de Seleção de 2002, iniciamos a execução dos créditos necessários e o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa que deu origem a esta dissertação.

Nas palavras de DICKEL (2002, p.33), encontramos sintonia na determinação de pesquisar nosso cotidiano profissional. A autora descreve que a pesquisa, num contexto de escola pública, talvez seja uma possibilidade de o professor tomar a si o direito pela direção de seu trabalho, comprometer-se com a busca de uma sociedade justa e que seja capaz de provocar nos alunos a competência para inventar um mundo diferente, em que as pessoas tenham trabalho, satisfaçam-se com ele e sejam felizes, “que os alunos possam desenvolver a capacidade de inventar um mundo alternativo”.

É importante a maneira como a teoria, a pesquisa e a prática se relacionam entre si e como cada uma dá apoio à outra. Segundo TORRES (2000 p.13):

(...) as teorias conduzem a proposições que precisam ser testadas. (...)
Não é suficientemente bom que seja praticada confiando-se na
intuição, no hábito ou nas tradições, como uma base para a tomada
de decisões no campo da enfermagem.

TORRES (2000) nos alerta para o fato de que, na enfermagem, a prática é o objetivo básico da disciplina. Como profissão, a enfermagem tem a responsabilidade de prestar auxílio às pessoas, aos grupos, às famílias e às comunidades, de modo que eles preservem o estado de saúde. Para que seja assumida tal responsabilidade, a enfermagem precisa possuir uma base de conhecimento teórico já fundamentado em pesquisas.

Concebemos a pesquisa como um processo formal e sistemático de coleta de dados do mundo real ou da forma como ele se apresenta no momento da investigação para obtenção de soluções, descobertas das ações e reações dos indivíduos, interpretação de novas idéias, descoberta de respostas, fatos e suposições.

DAHER et al. (2002) acreditam que chegou o momento de a Enfermagem despir-se do modelo de formação no qual as práticas de cuidar e de pesquisar são, muitas vezes, entendidas como estanques e intransitivas, pois esse modelo já não contempla os anseios da categoria. Comungamos com as idéias desses pesquisadores e julgamos que precisamos formar profissionais que sejam cuidadores e pesquisadores, que aprendam e saibam explorar as situações emergentes do cotidiano, da prática de cuidar, para elaborar suas problemáticas de estudo e reflexões, os quais, após relativizados e analisados, se transformem em subsídios para o mundo profissional. Salientamos que a prática de cuidar em enfermagem deve ser retroalimentada pela prática do pesquisar como forma de dar cientificidade e visibilidade a essa prática.

Paralelamente ao Curso de pós-graduação em que estamos envolvida, continuamos a lecionar no Colégio Técnico de Limeira - UNICAMP, no curso Técnico de Enfermagem. A idade dos discentes ingressantes nesse curso tem variado de 14 a 16 anos, característica que constitui 90% da totalidade dos alunos matriculados nos últimos três anos (**Anexo 1**). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1989), essa faixa etária está inserida na adolescência como uma das etapas de vida do ser humano de 10 a 19 anos, caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

Diversos são os parâmetros que identificam os limites de idade que definem adolescência e juventude. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (ABEn, 2001), a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos). Já o conceito de juventude resume uma categoria sociológica que constitui um processo sociocultural demarcado pela preparação dos indivíduos para assumirem o papel de adulto na sociedade, tanto no plano familiar como no profissional.

A adolescência é uma fase de aquisição da identidade, período da vida que faz parte do processo da evolução humana. Segundo CALAPRISTI (1996, p.38):

A adolescência é uma fase de aquisição de identidade, esse momento crítico torna o adolescente receptivo à mudanças este talvez seja o melhor momento de se conscientizar de que a aprendizagem não se restringe apenas a receber informações dadas pelo professor. O adolescente vê o mundo com o juízo crítico, que o leva a questionar, desrespeitar ou modificar o que, para ele, não tem sentido.

Se refletirmos sobre quem são os alunos dos Cursos Técnicos de Enfermagem e se contextualizarmos a sua situação de ensino e aprendizagem, concordaremos que não é possível desprezar as mudanças e transformações da sociedade brasileira somadas às dificuldades da economia, nem imaginar que a sua formação profissional seja insensível às grandes mudanças tecnológicas e às novas habilidades e competências técnicas exigidas. Seria impossível e inadequado impor aos nossos jovens alunos modos de ver, sentir e pensar de outros tempos históricos.

Nessa trajetória profissional que acumula sete anos no ensino médio de Enfermagem, temos convivido com alguns alunos que apresentam, além das características de comportamento consideradas típicas da adolescência, traços que sugerem ausência de auto-estima, flexibilidade, tolerância, valores morais e éticos e, sobretudo, solidariedade.

Sensibilizada com essas questões, começamos a observar mais atentamente, nos momentos pedagógicos, no estágio supervisionado e principalmente nas aulas de Psicologia Aplicada à Enfermagem, se os alunos possuíam maturidade, desenvolvimento emocional, valores morais para se sensibilizarem com o discurso e adotarem as práticas de humanização do cuidado de Enfermagem que ministrávamos.

Nossa disciplina de Psicologia Aplicada à Enfermagem contempla em seu Plano de Ensino conteúdos de autoconhecimento, desenvolvimento das emoções, da afetividade e também do ensino da humanização do cuidado de Enfermagem.

Por ocasião do encerramento dessas nossas aulas, nos últimos três anos, os alunos expressaram, por meio de seus relatos verbais e escritos, o quanto e como a disciplina havia contribuído para suas atividades práticas, mais especificamente para a humanização do cuidado de Enfermagem, e também para que pudessem vivenciar com mais tranquilidade momentos considerados de estresse psicológico em suas atividades de estágio.

Apesar de essas avaliações possuírem uma perspectiva empírica, outros dados reforçam a importância da disciplina de Psicologia Aplicada à Enfermagem. Por exemplo, supervisores de estágio e professores de outras disciplinas técnicas valorizam a presença da disciplina na matriz curricular do curso Técnico de Enfermagem, com sua inclusão nos três anos de curso e também na Complementação Técnica em Enfermagem. Esses dados empíricos, resultantes de uma vivência pessoal e profissional, são relevantes à medida que nos confirmam o que já tínhamos como hipótese, ou seja, contemplar e problematizar sobre a humanização do cuidar é importante para a formação dos alunos.

A partir dessas reflexões surge nova inquietação: como os professores representam o cuidado humanizado quando ensinam as outras disciplinas técnicas? Como orientam os procedimentos técnicos para que o discurso de humanização do cuidar / cuidado seja efetivo nas suas atividades de estágio?

A preocupação em aprimorar nossas formas de ensinar e avaliar, principalmente no que se refere às práticas de ensino do cuidado de Enfermagem humanizado, motivou a realização deste projeto de pesquisa. Na verdade, ele traduz nossa curiosidade científica em conhecer se os professores de ensino médio estariam ensinando a humanização do cuidado de Enfermagem e, em caso afirmativo, como estariam ensinando. Quais seriam as experiências, lembranças e vivências que norteiam suas ações ao ensinar a humanização do cuidado de Enfermagem?

Temos como pressuposto que, para desenvolver a assistência de enfermagem humanizada, há um terreno a ser preparado: o desenvolvimento de valores e conceitos éticos nos alunos. Quais seriam as Representações Sociais desses professores ao ensinar o cuidado de enfermagem humanizado?

1.2- CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E LEGAIS SOBRE OS CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Gostaríamos de esclarecer que o desenvolvimento deste item está relacionado à necessidade de alinhar mais uma parte na composição do contexto em que estão envolvidos os professores sujeitos desta pesquisa, numa tentativa de melhor identificar suas Representações Sociais.

Temos consciência de que, quando nos referimos à atualidade do Ensino Médio da Enfermagem no Brasil, estamos tendo uma visão contemporânea fundamentada na história e na cronologia desses assuntos, ou seja, o contexto atual é sempre influenciado pela história. Não estamos querendo dizer com isso que devemos olhar para o passado de forma nostálgica, muito menos reproduzir modelos de ensino de Enfermagem do passado, e sim lançar um olhar crítico sobre os fatos que determinam a evolução histórica do ensino de Enfermagem atual.

Achamos pertinente reproduzir um breve histórico e as leis que regulamentam o ensino de Enfermagem, por acreditarmos que, mesmo pertencentes ao passado, esses fatos muitas vezes ainda são determinantes no processo de ensino e aprendizagem atual e que

podem influenciar as Representações Sociais dos professores de Enfermagem de ensino médio.

Ao pesquisarmos sobre a evolução histórica do ensino de Enfermagem no Brasil, a fim de buscarmos as raízes do curso Técnico de Enfermagem, que é objeto de estudo desta etapa do trabalho, achamos coerente que a investigação partisse do momento em que o ensino de Enfermagem no Brasil foi legalmente regulamentado.

Encontramos em DILLY e JESUS (1995) o histórico que buscávamos. As autoras nos apontam que o ensino de Enfermagem no Brasil passou a ser regulamentado a partir da Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949⁴, estabelecendo as condições mínimas para a preparação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. De acordo com a primeira legislação, o Curso de Auxiliar de Enfermagem era essencialmente profissionalizante e dirigido para a assistência curativa, conforme consta no Decreto nº 2.7426/49, que aprovava o Regulamento básico para os cursos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem. Nessa época ficou estabelecido o Curso de Auxiliar de Enfermagem com duração de 18 meses, para candidatos portadores de certificados de conclusão do curso primário (hoje primeira etapa da educação básica). Pelas dificuldades encontradas no ensino e aprendizagem de alunos com formação geral tão elementar, a partir de 1961 ficou determinado que só poderiam cursar o Auxiliar de Enfermagem candidatos que possuíssem o 3º e 4º anos do ginásio (hoje equivalendo à segunda etapa da educação básica).

Em 1961, com a Lei nº 4.024/61⁴, que fixa as Diretrizes e Bases da Educação (LDB) – Diário Oficial da União de 28 de dezembro de 1961, foram criadas as Escolas ou Colégios Técnicos e os Cursos Técnicos e, portanto, o ensino técnico de Enfermagem.

Afirmam (DILLY e JESUS, 1995) que, a partir da LDB nº 4024/61, o ensino da Enfermagem e a categoria passaram a ter três níveis: o superior, o médio e o elementar.

⁴ Assuntos pertinentes à Legislação de Enfermagem, ver: MINISTÉRIO DA SAÚDE / FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA – **Enfermagem: Legislação e assuntos correlatos**, 3ª edição, Rio de Janeiro, 1974. Volumes: I, II e III.

A Lei nº 4024/61 estabelecia que o Curso Técnico de Enfermagem de nível médio teria duração de três anos e que daria aos formandos o título de “Assistente de Enfermagem”, mudando, com o tempo, para “Técnico de Enfermagem”.

Posteriormente à lei, houve um longo período de discussão sobre a criação de níveis da categoria de Enfermagem. Segundo CARVALHO (1976), a Associação das Enfermeiras Diplomadas (ABED) polemizou, por um longo período, a criação de níveis de ensino de Enfermagem.

A criação do técnico de enfermagem causou uma polêmica bem maior que a do auxiliar; enquanto este nível é bem distante do nível de formação da enfermeira, aquele, o do técnico, é bem próximo, esbarrando muito com o limite do espaço da enfermeira, visto até como ameaça às suas funções e existência (ALMEIDA e ROCHA, 1989, p.84).

ALMEIDA e ROCHA (1989) afirmam que o objetivo da criação do técnico de enfermagem, na década de 60, foi uma proposta governamental de fomentar técnicos de nível médio, em resposta às necessidades do desenvolvimento e da divisão técnica do trabalho das sociedades capitalista. Existiam algumas atividades que não eram executadas por auxiliares de enfermagem sem preparo adequado nem pelos enfermeiros que eram em número reduzido e insuficiente para a demanda.

Segundo BASSINELLO (2002, p.18), “existem divergências quanto à instalação dos cursos técnicos em enfermagem no país”. Para CARVALHO (1976), os primeiros cursos colegiais de enfermagem, como eram chamados, foram criados em 29/01/1965, no Estado da Guanabara e Pernambuco, pelos pareceres 85/86 e 30/64, respectivamente. Para OGUISSO (1977) e DILLY e JESUS (1995), o primeiro curso colegial de Enfermagem surge em 1966, nas Escolas Ana Néri e Luíza de Marillac, sob os pareceres do Conselho Federal de Educação 177/766 e 224/66.

Ao mesmo tempo em que surgia o nível técnico na Enfermagem, findava o prazo estabelecido pela Lei nº 775/49 para a regulamentação do ensino de Enfermagem que permitia o ingresso na escola sem o segundo grau completo. O Parecer nº 271/62

estabelecia o novo currículo mínimo para os cursos de Enfermagem e a Enfermagem passava definitivamente ao nível de ensino superior (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Em 1971, com a Lei nº 5692/71, que fixava as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, o curso de Auxiliar de Enfermagem foi integrado ao Sistema Educacional do país como curso regular, ficando em alguns momentos ao nível de primeiro grau e em outros, de segundo grau, com habilitação plena ou parcial, tendo outra possibilidade para se chegar a auxiliar: a Suplência⁵.

A Resolução do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 07/77 estabelecia que a diferença entre as habilitações de técnico e auxiliar de enfermagem de 2º grau estava na carga horária que totalizavam, respectivamente, 2760 horas e 1090. Na habilitação plena, o aluno realizava o curso regular com duração de 3 anos, composto de **núcleo comum** (disciplinas de formação do ensino médio) e **mínimos profissionalizantes** (disciplinas específicas do curso profissionalizante de Enfermagem). A habilitação profissional parcial nessa época se dava pelo ensino supletivo, via exame de suplência profissionalizante, com base no Parecer do CFE nº 699/72, que define as características do ensino supletivo (DILLY e JESUS, 1995).

Localizamos em BASSINELLO (2002, p. 20) uma tabela cuja fonte é do Centro de Documentação e Estudos da Associação Brasileira de Enfermagem, 1980, apresentando um levantamento sobre o número de escolas de Enfermagem, segundo a data de instalação no período de 1916 a 1980. As primeiras quatro escolas e cursos de técnico de Enfermagem foram criadas entre 1962 e 1966; no período de 1967 a 1971, seis escolas; e os períodos de 1972 a 1976 e 1977 a 1980, foram caracterizados por um crescente aumento: 57 e 174, respectivamente.

Segundo dados publicados pelo COREN – SP, em 1983, no Estado de São Paulo, totalizamos 522 escolas técnicas de Enfermagem. Outro dado relevante e originário de pesquisa em andamento aponta: 60,39% dos professores de ensino técnico possuem graduação e 25% possuem o curso de licenciatura. (Rev. COREN-SP, 2003)

⁵ O exame de suplência profissionalizante era oferecido para trabalhadores de enfermagem, com 21 anos completos; não exigiam frequência nos cursos e era composto de provas práticas e teóricas.

A partir da criação dos Ministérios da Educação e Saúde, em 1930, o ensino foi se consolidando apoiado numa sistematização da legislação vigente, trazendo significantes contribuições para a educação do ensino médio no Brasil. Entre elas salientamos a LDB de 1961, que estabelecia educação gratuita e obrigatória por quatro anos, seguida da Nova LDB, em 1971, em pleno regime militar, que regulamentava educação gratuita a obrigatória por 8 anos, e no período de redemocratização, a Nova LDB, de 1996, que regulamenta o ensino geral e profissionalizante em vigor até nossos dias.

Sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pela LDB de 1996, destacamos os seguintes aspectos identificados por FERREIRA (1999, p.55), que influenciam e orientam a formação do Ensino Técnico de Enfermagem na atualidade:

- ✓ *ensino médio como etapa de consolidação da educação básica;*
- ✓ *desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva;*
- ✓ *novos paradigmas da educação profissional;*
- ✓ *reconhecimento de competências técnicas específicas;*
- ✓ *novas formas de avaliação;*
- ✓ *a ética como principal valor de formação;*
- ✓ *estímulo à sensibilidade, criatividade e diversidade;*
- ✓ *flexibilidade na construção de currículos e*
- ✓ *interdisciplinaridade curricular.*

1.3- DELINEANDO UMA DEFINIÇÃO: CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANIZADO

Quando iniciamos a revisão bibliográfica, buscamos obras, artigos e autores que abordassem o cuidado de enfermagem humanizado e tivemos uma sensação de imprecisão e infinidade de informações. Encontramos arestas e vieses que envolviam outros conceitos. Essa realidade se confirmou a cada artigo ou obra que lemos e refletimos, pois o cuidado não é abordado somente na enfermagem, a profissão se apropriou historicamente e o adequou a sua prática profissional a partir de outros saberes. Outro conceito sobre o qual não havia uma unanimidade conceitual era cuidado humanizado. Portanto, buscando clareá-los, inicialmente adotaremos uma abordagem individual na reflexão e apresentação desses conceitos.

Além das definições conceituais, julgamos necessário identificar as tendências contemporâneas da humanização na assistência da Saúde.

1.3.1- Cuidar / Cuidado de Enfermagem

Nos dicionários BUENO (2000) e FERREIRA (1995), encontramos as definições de cuidar como cogitar, meditar, pensar, imaginar, refletir, julgar, precaver e acautelar. O cuidado é definido como atenção, precaução, cautela, desvelo, zelo, encargo, responsabilidade, previsto, calculado e suposto.

Todos temos basicamente a noção do que seja cuidar e proporcionar cuidado, mas as acepções podem variar desde a atenção básica até o sentimento que está presente no ato de cuidar. Desde que somos gerados, já somos cuidados e o cuidado permeia não só o gênero humano, mas também todos os seres vivos da natureza; até o mais microscópico dos seres precisa de cuidados para se preservar. Talvez esse pensamento explique por que o cuidado em enfermagem seja tão abrangente e muito mais que execuções de procedimentos técnicos.

Identificamo-nos com a afirmação de SILVA (2000, p.15) :

Todos cuidam. De um jeito ou de outro. Por ser mãe, por ser irmão, por ser filho, por ser amigo, por gostar de alguém. (...) A tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional. (...) Cuidamos todos porque queremos ser mais felizes, mais plenos. Sabemos que para alcançar a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros. A condição é tão efêmera, requer reequilíbrio e constantes cuidados pessoais, sociais e ambientais.

Durante nossa experiência profissional e mesmo nas nossas vivências pessoais e sociais, sempre atuamos embasada na concepção de que o cuidar era feito de pequenos gestos, de zelo e amor; cuidar implicava e implica não poluir, não magoar, não quebrar, ou mesmo atender uma demanda afetiva da assistência à saúde. O verbo cuidar, para nós, sempre foi conjugado associado aos verbos respeitar, preservar, compreender e ser solidário. Sempre foi uma maneira de demonstrar amor: amar ao próximo e àqueles não tão próximos, nossos ilustres desconhecidos clientes / pacientes. E ainda amar a si mesmo, por entendermos que a capacidade de cuidar de alguém está relacionada também com a capacidade de autocuidado. Trata-se de “estar bem” para “melhor cuidar”.

Segundo WALDOW (1992, p.30), o termo cuidado deriva-se do antigo inglês “carion” e das palavras góticas “Kara”ou “Karon”. Como substantivo, cuidado deriva-se de Kara, que significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo, “cuidar” (de carion) significa “ter preocupação por” ou “respeitar / considerar”, no sentido de ligação, de afeto, de amor, carinho e simpatia.

A autora nos relata que o conceito de cuidar foi incorporado pela enfermagem, mas teve a origem de sua definição e exploração teórica desenvolvida principalmente nas áreas de psicologia, psiquiatria e filosofia.

Por identificarmos que a revisão teórica executada por WALDOW (1992) foi ampla e minuciosa, optamos por resumir e citar apenas alguns dos conceitos e considerações identificados pela autora e significativos para esta etapa da pesquisa:

- ✓ cuidar e cuidado estão implícitos na relação de ajuda e os comportamentos de cuidado, além de amor, englobam compreensão e aceitação;
- ✓ cuidado é um processo de interação, sendo o cuidador e o cuidado participantes num processo de descoberta e aprendizagem mútua;
- ✓ cuidar implica conhecer quem é o outro, seus poderes e limitações, conhecer suas necessidades, fatores imprescindíveis na relação dos cuidado;
- ✓ é ser paciente, tolerante e saber ouvir o outro; cuidar é estar aberto, respeitando o outro, percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento; é agir de forma franca, aberta, sem enganar o outro deliberadamente;
- ✓ envolve contínua aprendizagem e percepção da singularidade do outro e de cada nova situação. Inclui também aceitação de limitações pessoais.

Em WALDOW (1992, p.29), a autora nos relata que, em 1978, a Conferência Nacional de Pesquisa foi iniciada por Madaleine Leininger, passando a ocorrer, a partir de então, anualmente, nos Estados Unidos. A organização formal do grupo interessado na abordagem do cuidar e do cuidado foi estabelecida em 1987 e a Conferência Nacional de Pesquisa sobre o cuidado passou a denominar-se Associação Internacional para o Cuidado Humano. O cuidado como fonte e base para o conhecimento de enfermagem passa, inicialmente, de uma abordagem filosófica e epistemológica teórica e exploratória a um imperativo ético e moral e componente da prática, da pesquisa e do ensino de enfermagem.

O conceito de cuidar / cuidado, segundo SOUZA (1999, p.197-198), modifica-se conforme a Teoria de Enfermagem utilizada: ele se conforma e se modifica à medida que se define o processo de cuidar em cada uma delas. A autora nos afirma que, dentre as Teorias de Enfermagem, é na de Leininger⁶ que encontramos uma reflexão mais sistematizada e ampla sobre o conceito de cuidar. Para Leininger, cuidar significa

⁶ LEININGER, Madaleine. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. New York: John Willey and Sons, 1978.

atividades, processos, decisões diretas (ou indiretas) de sustentação e habilidades com relação a assistir pessoas relacionadas com a capacidade de sentir empatia, apoio e ajuda.

Ao desenvolver sua teoria, Leininger aborda o cuidado como necessidade humana essencial; que os atos humanísticos de cuidar servem para reduzir o estresse, os conflitos e atuam como protetores; o desempenho no cuidar é influenciado pelos contextos ecológicos, culturais, sociais e políticos. Ela considera “o cuidar como foco único, unificador e dominante da enfermagem; como contribuição especializada da enfermagem à sociedade”.

WALDOW (1995, p.11) também aponta que:

A primeira e maior contribuição para uma teoria do cuidar / cuidado surgiu com Madaleine Leininger e em seu modelo transcultural de enfermagem que engloba a idéia do cuidar / cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas no Universo, daí sua denominação de Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, também conhecida por Teoria Cultural do Cuidado.

Segundo SOUZA (1999), para Imogine King⁷ não existe um conceito claro de cuidado / cuidar, a sua acepção encontra-se no conceito de enfermagem. Para Wanda Horta⁸, a acepção da palavra está na assistência proporcionada ao indivíduo que supra as suas necessidades humanas básicas afetadas; e em Dorothea Orem⁹, o cuidado é a função da enfermagem e é enfocado no despertar das potencialidades e na identificação das necessidades do indivíduo para o autocuidado.

WALDOW (1995, p.8) define o cuidar / cuidado como:

(...) razão existencial da enfermagem, e o cuidar em enfermagem é **cuidado humano** que está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito, o amor, entre outros aspectos. Mesmo que constitua um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde, em especial na enfermagem, o cuidar / cuidado é genuíno e peculiar.

⁷ KING, Imogine. **Toward a theory for nursing general concepts of human behavior**. New York: J. Willey and Sons, 1971.

⁸ HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

⁹ OREN, Dorothea Elizabeth. **Nursing: concepts of practices**. New York: Mc Graw, 1985.

Estudar o conceito de cuidado / cuidado de enfermagem nos remete a refletir sobre o cuidado humano / humanizado, tarefa que desenvolveremos a seguir.

1.3.2- Cuidado humano / humanizado

Para o desenvolvimento do estudo, pretendemos adotar os conceitos de cuidado humano (humanizado), cuidar e as maneiras de ensinar o cuidado em Enfermagem definidas por WALDOW (1995 e 1998), por entendermos que esta seja uma pesquisadora que estudou o conceito de forma minuciosa e cuidadosa, tanto que é referência em muitos artigos. As suas idéias são reconhecidas e adotadas pelo meio acadêmico de enfermagem e constituem valorosas contribuições para a teoria do cuidado e o desenvolvimento do conhecimento dessa profissão. A autora explica que, de modo geral, cuidado, independente do ponto de vista cultural, pode ter a conotação de atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afeto, amor e simpatia. Em geral, o termo implica a idéia de fazer, de ação envolvendo afeto.

Segundo FEITOSA (2001, p.15-16),

(...) a aliança terapêutica do cuidado se instala pela capacidade de entender e acolher afetivamente a demanda da pessoa doente e o ciclo se completa quando o outro tem a capacidade de acatar e desenvolver esse sentimento. É a via de mão dupla que engloba o pensar, o sentir, o dizer, o compartilhar com a pessoa doente, isto é 'humanizar'.

A autora nos alerta que a humanização não é uma solução para todas as patologias nem faz desaparecer o medo e a dor, mas se ela estiver presente a cada passo do tratamento, irá diluir esses sentimentos e discriminar as reais possibilidades entre o ideal e o possível.

Para a autora, humanizar implica aprender a modificar-se, a adquirir um olhar novo, perceber as informações visuais e cuidar da trilha da conversa. “É sorrir para facilitar a interação e, ao mesmo tempo, encontrar-se, pois somente aquele que sabe quem é, aonde quer chegar e o que quer fazer é capaz de guiar o outro” (FEITOSA, 2001, p.17).

Verificamos ao longo dos artigos e publicações que existe uma tendência de **valorização da humanização nos hospitais e nos cuidados de enfermagem**. Nas Instituições de Saúde, a humanização tem sido preconizada como um elemento que traz qualidade à Assistência à Saúde.

Para CAMPOS (2002, p.15):

(...) há necessidade do estabelecimento de uma nova cultura de atendimento aos usuários dos serviços de saúde, pautada pelo mais amplo respeito à vida humana e pela observância dos princípios ético-morais na convivência entre profissionais e pacientes.

Acrescentamos a estas manifestações o pronunciamento do Ministério da Saúde que, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Esses profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelas Portarias nº 569, de 01 de junho de 2000; nº 693, de 5 de julho de 2000; nº 202 e nº 881, de 19 de junho de 2001, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover uma mudança cultural no atendimento de saúde do Brasil.

O Programa visa melhorar o atendimento e a relação interpessoal entre os profissionais de saúde e os pacientes, difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar brasileira, capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania, conceber e implementar iniciativas de humanização nos hospitais, fortalecer e articular iniciativas de humanização já existentes e modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos,

tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições na comunidade.

CAMPOS (2002) nos chama a atenção para o quanto pode parecer paradoxal humanizar serviços de saúde, já que eles são produtos de seres humanos, e como esperar que trabalhadores consigam acolher as pessoas e ampará-las no espaço hospitalar, se eles mesmos não possuem espaços nos quais suas próprias dores e seus próprios temores possam ser atenuados?

Embora o PNHAH tenha ainda um grande percurso para sua efetivação, vale ressaltar que a sua implantação teve início com um projeto piloto composto por 10 hospitais em abril de 2002, e na segunda fase, 500 hospitais. Estão sendo capacitados multiplicadores que têm como função a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização em cada um dos Hospitais, cuja tarefa é difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da Instituição; propor uma agenda de mudanças; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade e seus usuários. O título de “Hospital Humanizado”, designado a hospitais em conformidade com os indicadores de humanização que seguem os princípios e valores do PNHAH, concede um tratamento diferenciado por parte dos gestores públicos de Saúde e dos órgãos governamentais e permite que tenha prioridade no estabelecimento de contratos e convênios no futuro.

Os benefícios concretos virão para todos que dele participarem: usuários, trabalhadores da saúde e gestores das instituições. Para o usuário, um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte daqueles que o atendem, não somente em resposta a um direito, mas na conquista de cidadania. Para os profissionais dos hospitais, a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, cuidar da sua realização pessoal e profissional e sentir-se realizado e com reconhecimento. Se refletirmos sobre a dimensão humana e subjetiva que está na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, entenderemos a importância da qualidade do contato humano. Para a concretização dessas propostas, os profissionais da Saúde devem estar capacitados para esse novo modelo de assistência.

Entendemos que essa mudança assistencial ocorrerá em um processo gradual devido tratar-se de uma esperança possivelmente realizável em que queremos ousar acreditar e contribuir, por meio do ensino, pessoal e profissionalmente, para seu desenvolvimento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os profissionais da categoria de Enfermagem correspondem a 49,7% da comunidade de trabalhadores atuantes em todas as escalas de atenção à saúde: promoção, prevenção e reabilitação.

O grande contingente da enfermagem no Brasil está no nível médio e básico¹⁰, sendo 70 mil profissionais Enfermeiros, 50 mil Técnicos em Enfermagem e 340 mil Auxiliares de Enfermagem. Se tivermos como objetivo humanizar o atendimento à Saúde no Brasil, devemos estar cientes da necessidade de desenvolver o ensino do cuidado humanizado para todos os profissionais que constituem a equipe de enfermagem, pois os dados demonstram que o trabalho de enfermagem constitui esteio da assistência à Saúde. Todos esses profissionais devem estar capacitados para as demandas contemporâneas de qualificação que, no campo das relações humanas, se caracterizam por um atendimento à saúde, sendo essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional.

Mas esse discurso de humanização vem sendo questionado em trabalhos científicos (WALDOW, 2001 e SILVA, 2001) que demonstram que, na prática, a humanização dos cuidados não é tão freqüente e presente nas Instituições de Saúde.

WALDOW (2001), em pesquisa realizada em uma instituição hospitalar, descreve resultados da observação que demonstram serem os procedimentos de enfermagem realizados de forma mecanizada e rotineira. Assim, os elementos do cuidar, como o tocar, conversar, apoiar, informar, fazer companhia e / ou apenas ficar com o paciente, oferecendo sua presença, são negligenciados, quando não abolidos. Ao analisar os depoimentos encontrados nas entrevistas dos profissionais de enfermagem, pouco foi

¹⁰ Conforme Parecer CNE/CEB 10/2000, o Curso de Auxiliar de Enfermagem seria enquadrado como nível básico, mas como qualifica profissionais para o exercício legal da profissão regulamentada pela Lei Federal n.º 7498/86, de 25/06/86 e Decreto Federal n.º 95.406/87, de 08/06/87, não é curso de qualificação profissional de nível básico, “é modalidade de educação não formal” e não está sujeito à regulamentação curricular (BRASIL, 2000).

mentionado sobre o cuidado técnico: ele é importante, mas aparentemente inerente à profissão. Já o cuidado humano, a demonstração de afeto e o interesse foram bastante enfatizados. A assistência integral como nova modalidade na instituição não foi mencionada pelas auxiliares de enfermagem, que são, na realidade, as executoras tanto do cuidado técnico como do afetivo.

Segundo SILVA (2001, p. 14), atualmente vivemos um momento crucial:

(...) ou o homem humaniza a ciência ou a ciência desumaniza o homem. Não porque a tecnologia em si seja uma pressão destruidora, ela é apenas uma das expressões da capacidade criativa do ser humano, mas, quando o seu uso não é acompanhado de consciência ética, em vez de ser beneficiário, o homem se torna agredido e agressor.

SILVA (2001, p.15) afirma que houve uma evolução técnica das ações dos enfermeiros e profissionais da saúde, entretanto essas ações técnicas não significam ética e não são suficientes para ancorar o discurso da humanização.

Ações consideradas menos relevantes na atualidade são as que também humanizam: não podemos nos esquecer de sorrir, de olhar nos olhos dos nossos pacientes e colegas de trabalho, de apertar as mãos, de sentar e ouvir. (...) A enfermagem, sendo a responsável pelo cuidado do indivíduo que está enfermo, ou seja, que não está firme, precisa pensar o que é importante quando se cuida. Se é somente o desenvolvimento de técnicas, ou se é importante, além de ministrar medicamentos, ajudar o indivíduo a não perder sua dignidade quando se encontra doente.

Cabe aos professores de Enfermagem promoverem e / ou despertarem nos alunos sentimentos de responsabilidade pela vida, sensibilizá-los sobre a necessidade de cuidar da vida e não das doenças da vida e ajudá-los a decidirem sobre como vão desenvolver a habilidade de cuidar de si mesmos, dos seus pacientes / clientes e do meio em que vivem e auxiliá-los na descoberta do sentido de cuidar que eles pretendem adotar.

Refletindo sobre o conceito que queremos dar ao cuidado humanizado neste estudo e considerando as idéias dos diversos autores que reconhecemos como referências para a definição e compreensão sobre o cuidado humanizado, gostaríamos de acrescentar: cuidar de forma humanizada exige do indivíduo uma perspectiva de formação ampla e irrestrita. Não é possível dicotomizar o “ser profissional” e o “ser família”; o que trabalha e cuida é o mesmo que administra os seus negócios, a sua família, enfim, a sua realidade total.

Identificamo-nos com BOOF (2001), que defende que cuidar é essência humana, está na natureza e constituição do homem. Sem o cuidado, ele deixa de ser humano; se não receber cuidado, desestrutura-se, define, perde o sentido e morre. Se durante a vida não fizer com cuidado tudo o que vai empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta.

O ser humano é fundamentalmente um ser de cuidado mais que um ser de razão e de vontade. Cuidado é uma relação amorosa para com a realidade, com o objetivo de garantir-lhe a subsistência e criar-lhe espaço para o seu desenvolvimento. A ética do cuidado é seguramente a mais imperativa nos dias atuais, dado o nível de descuido e desleixo que paira como uma ameaça sobre a biosfera e o destino humano (...) BOOF (2003, p.82).

Será que nós, professores de Enfermagem, estamos cientes disso? Ou seria só um sonho imaginar que “o cuidado pode ser assumido como *ethos*¹¹ fundamental do humano e como compaixão imprescindível para com todos os seres da criação”? Idéias de BOOF (2001, p.14) e WALDOW (1995, p. 8) que nos emocionam e que justificam nosso interesse de estudar o cuidado humanizado: o cuidar é para o ser humano e para a Enfermagem uma ação “*essencial*”.

Também MALIK (2000, p.2-3) considera que valorizar o aspecto humano, prestar assistência sempre dentro de uma perspectiva holística e estabelecer uma relação de ajuda e empatia fazem da humanização a base da profissão de Enfermagem. Humanizar

¹¹ Segundo BOOF (2001, p.195), em grego significa a toca do animal ou casa humana; conjunto de princípios que regem, transculturalmente, o comportamento humano para que seja realmente humano no sentido de ser consciente, livre e responsável; o “*ethos*” constrói pessoal e socialmente o “*habitat*” humano.

significa tornar humano, dar condição humana, tornar afável e tratável e ainda acrescenta: “Ao exercer a profissão, a categoria da enfermagem mantém contato pessoal, dando carinho, atenção e prestando assistência com qualidade e responsabilidade”.

FEITOSA (2001, p.21-22), em referência à humanização dos hospitais, esclarece que ações consideradas simples e que poderiam ser utilizadas para diminuir o estresse desnecessário são ignoradas, mas, praticadas, demonstrariam afeição ao paciente e cita exemplo:

(...) calçadas desobstruídas com rampas suficientes; portas com dimensões suficientes para passarem cadeiras de rodas e macas; aproveitamento da iluminação e ventilação naturais; informações precisas a respeito do atendimento; respeito à ansiedade da família; uso de crachá de identificação e uniforme, entre outros.

Por outro lado, nossa vivência profissional tem demonstrado que a sinalização gráfica esmerada indicando locais de atendimento, com usos de cores e figuras, não é instrumento de humanização e não garante o entendimento do paciente que, muitas vezes, chega ao hospital num determinado estado psicológico que nem consegue entender o que está lendo. Nesse momento, uma palavra e o calor humano valem muito mais. Também temos observado que criatividade e boa vontade são tão importantes quanto a modernização dos equipamentos e de outras instalações hospitalares.

CASTRO (2001, p.13) nos relata que o cliente deve ser assistido como um ser bio-psicossocial, que devemos estar atentos não só ao aspecto mecânico da assistência, mas também a todos os sinais emanados do paciente, da família e da equipe multidisciplinar, para que possamos prestar uma assistência de enfermagem digna e com menor probabilidade de riscos. A autora acrescenta:

Tentamos trabalhar da maneira mais humanizada possível, com a presença das mães durante 24 horas junto aos filhos internados, a realização de reuniões semanais com os pais e responsáveis e toda a equipe multidisciplinar lotada no setor, e recebendo visitas das crianças que vão ser submetidas a grandes cirurgias cujo pós-operatório ocorrerá na UTI...

Para que haja uma assistência humanizada para SANTOS et al. (1999), é fundamental que a equipe de saúde tenha um preparo específico para lidar com situações emocionais conflitantes, que o paciente seja considerado no todo, pois seu estado emocional pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu estado físico.

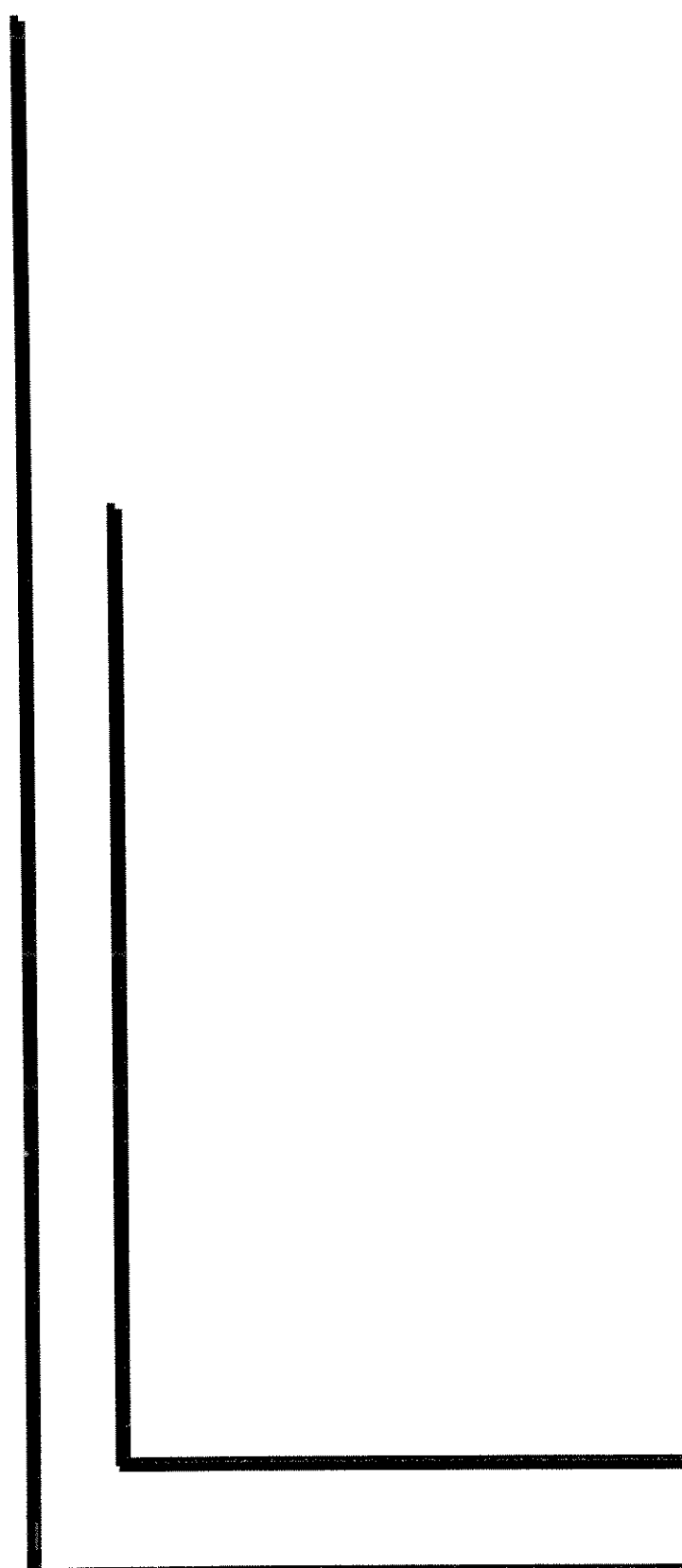
A partir dessas questões e considerações, desenvolveremos uma investigação cujos resultados poderão significar uma contribuição para escolas de Ensino Médio de Enfermagem e criar um espaço de reflexão sistematizado sobre aspectos de ensino da humanização.

Na Introdução, buscamos tecer considerações sobre a história e as experiências do investigador que provocaram inquietações desencadeantes da necessidade de investigar o ensino humanizado no nível médio de enfermagem. A delineação ou definição do cuidado de enfermagem humanizado foi demonstrado por estudos elaborados por BOOF (2001 e 2003), CAMPOS (2002), CASTRO (2001), FEITOSA (2001), MALIK (2000), SILVA (2000), SOUZA (1999) e WALDOW (1992, 1995, 1998 e 2001), e buscaremos, ao longo da pesquisa aprofundar e refletir sobre o cuidado, o cuidado humano e o cuidado humanizado.

Os futuros profissionais estão sendo preparados para a humanização do cuidado? Eles são estimulados, durante o curso, a tornarem-se capazes de exercê-la? Existe a preocupação por parte dos professores de ensino médio em desenvolver, em suas práticas docentes, além do tecnicismo que profissionaliza, a humanização? Os professores trabalham a perspectiva dos alunos sobre o cuidar humanizado?

2- OBJETIVOS

- 1 - Identificar as Representações sociais dos professores do Curso Técnico de Enfermagem.
- 2 – Identificar as Representações sociais dos professores relacionadas ao ensino do cuidado de enfermagem humanizado.
- 3 - Analisar as Representações sociais dos professores relacionadas ao ensino do cuidado de enfermagem humanizado.



3-CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

Utilizaremos o estudo das Representações Sociais dos professores de Enfermagem para investigarmos a humanização do cuidado no ensino de Enfermagem de nível médio, numa abordagem qualitativa e utilizando a Análise Temática para coleta, tratamento e análise dos dados.

3.1- A PESQUISA QUALITATIVA

Ao estabelecer o nosso objeto de pesquisa, a adoção da pesquisa qualitativa como abordagem teórica ficou bastante evidente, pois nos propusemos a estudar um fenômeno ou a representação de um fato relativo ao universo de ensinar enfermagem que se mostrava subjetivo e carregado de valores morais e éticos.

Segundo LEOPARDI (2001, p.133), a pesquisa se torna qualitativa:

quando não podemos usar instrumentos de medida precisos. Quando desejamos dados subjetivos. Quando fazemos estudos de uma caso em particular. Quando desejamos avaliar programas ou propor programas. Quando não possuímos informações sobre o assunto.

A autora aponta que a pesquisa qualitativa nos possibilita compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária e dos sentimentos vivenciados no seu cotidiano. Podemos analisar o fenômeno no contexto social em que ele ocorre. A amostra que se utiliza para uma investigação com abordagem qualitativa não precisa ser aleatória, pois se limita ao grupo de sujeitos que produzem o fenômeno a ser estudado, nem ser necessariamente numerosa, pois, em geral, quando os dados se tornam repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente. O interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que a variável aparece, mas que qualidade elas apresentam.

Nesse tipo de pesquisa, segundo LEOPARDI (2001) os dados obtidos são inadequados para análises estatísticas e não há necessidade de o pesquisador estar preso a pré-julgamentos e pressupostos, categorias estabelecidas antes da coleta de dados, podendo, com isso, reformular o problema ao longo da pesquisa. O método se torna flexível e pode ser reconstruído ao longo da investigação.

3.2- REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Não pretendemos fazer um estudo retrospectivo ou uma revisão teórica / bibliográfica do conceito de Representações Sociais. Por se tratar de estudo em que utilizaremos a Representação Social como um referencial teórico para analisar depoimentos dos entrevistados, resolvemos elaborar uma breve reflexão sobre o conceito adotado por autores que tradicionalmente estudam a Representação Social.

Segundo SILVA (1998, p.31), “para reconstituirmos o conceito de representação social, um autor torna-se obrigatório, já que o mesmo é abordado pela maioria dos estudiosos da representação: Durkheim¹”. Considerado por Lakatos² o fundador da sociologia como ciência independente das demais ciências sociais, Durkheim estudou as representações coletivas e as individuais de forma compartimentada, como se elas não pudessem contatar, ou que em algum momento elas se negassem ou, em outros, se completassem.

Segundo SILVA (1998, p.32):

Os conceitos apontados por Durkheim não são satisfatórios quando desejamos trabalhar com a representação social associada ao dinamismo dos movimentos sociais. Entretanto as concepções de Durkheim foram as responsáveis pelo desencadeamento de estudos sistematizados sobre a ‘representação social’.

Relata MOSCOVICI (1978) que Durkheim não acreditava que as representações fossem criadas a partir da individualidade de cada um, mas que elas eram coletivas porque as pessoas recebiam informações já definidas, orientações pré-estabelecidas, sendo o pensamento estimulado com informações prontas que repetiam o conhecimento.

¹ DURKHEIN, E. Representações individuais e representações coletivas. In: DURKHEIN, E. **Sociologia e Filosofia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970. p.15-49.

² LAKATOS, E. M. **Sociologia geral**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1985.

* Grifo do autor.

MOSCOVICI (1978) refere, no entanto, que o ser humano é capaz de pensar por si só e de construir, sem a intervenção de ninguém, suas representações e seus conhecimentos. Que cada um de nós guarda, em seu sistema cognitivo, experiências, lembranças e vivências que são estimuladas quando se pensa sobre determinado objeto.

Para o autor, existe um senso comum, constituído do nosso conhecimento adquirido espontaneamente por nossas experiências de vida, práticas sociais e de nossa comunicação com o mundo.

MOSCOVICI (1978, p.28) adota o seguinte conceito de Representação Social:

(...) é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação.

O autor estabelece que a estrutura da representação é configurada em três dimensões: a ***informação*** (*dimensão ou conceito*), que se refere à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social; o ***campo da representação*** (*ou imagem*), que remete à idéia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objeto da representação; e a ***atitude***, que focaliza a orientação global em relação ao objeto da representação social.

A adoção do pensamento de MOSCOVICI (1978) é utilizada como básica para vários estudos e nos pareceu adequada para um referencial teórico, mas sentimos a necessidade de adotar autores contemporâneos, aqueles que tivessem familiaridade com o tema deste estudo e / ou aplicado à representação social como referencial teórico-metodológico em seus trabalhos de pesquisa. Identificamos-nos com SILVA (1998), enfermeiro; ESCUDEIRO e SILVA (1997), enfermeiras; MINAYO (1996), socióloga, e SPINK (1995), psicóloga, por serem conhecedores das práticas de ensino de Enfermagem ou por terem desenvolvido em seu mestrado e doutorado a Representação Social de alunos e professores de ensino de Enfermagem ou ainda por terem realizado um estudo conceitual contemporâneo e minucioso sobre o assunto em questão.

SILVA (1998, p. 33) nos alerta para o fato de que existem aspectos não totalmente esclarecidos sobre a Representação Social:

Como se dá a construção de uma representação social tal como ela é construída e qual o seu entendimento? Trabalhando sobre o conceito de representação social na enfermagem, fomos questionados a fim de que trabalhássemos com as opiniões ou com os mitos, ou ainda com as imagens dos enfermeiros.

Para MOSCOVICI (1978), os conceitos de opinião, imagem e mitos são idênticos ou com identidades muito próximas e estes conceitos podem ser questionados e confundidos com a representação social. SILVA (1998, p. 33) acrescenta para a construção de um conceito de Representação Social:

Para Moscovici a opinião não é contextualizada, sendo considerada, portanto restrita. Os critérios de julgamento, bem como os conceitos que lhe são subjacentes não são significativos, possuindo um ‘caráter parcelar’ e levando a um entendimento restrito dos fatos.

Já nos justificamos anteriormente, mas gostaríamos de reiterar que a adoção de mais de um autor para o estudo da representação social se deve às contribuições de estudo sobre este método de pesquisa que foram desenvolvidas a partir dos clássicos estudos de Durkheim e Moscovici e para a delimitação do conceito de Representação Social.

ESCUDEIRO e SILVA (1997, p.61), relacionando as Representações Sociais com a pesquisa em Enfermagem, esclarecem que elas circulam, cruzam-se e cristalizam-se constantemente por meio de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano.

As Representações Sociais estão presentes na maioria das relações sociais estabelecidas, nos objetos produzidos ou consumidos, nas comunicações permutadas e correspondem, por um lado, à substância simbólica que penetra na elaboração e, por outro, à prática que produz essa substância.

As autoras ainda citam que muitos trabalhos de pesquisa em enfermagem utilizaram as Representações sociais enquanto referencial teórico-metodológico, tendo como métodos de coleta de informações, na grande maioria das vezes, a entrevista,

variando entre não-diretiva, semi-estruturada, aberta; o uso de instrumentos, como o questionário com questões abertas e fechadas e observações participantes, sistemáticas. Quanto às análises dos dados, têm se apropriado da análise de conteúdo, de discurso e temática.

Para MINAYO (1996, p.173-75), as Representações Sociais como senso comum, idéias, imagens, concepções e visão do mundo que os autores sociais possuem sobre a realidade, são materiais importantes para a pesquisa no interior das Ciências Sociais. Elas se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas; portanto podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém, “é a linguagem do senso comum”, tomada como forma de conhecimento e de interação social. Mesmo sabendo que ela traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial freqüentemente contraditória, possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade. Como o senso comum, os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimento.

Após a leitura das obras desses autores a quem nos referenciamos para desenvolver o conceito de Representação Social, concluímos que elas revelam a visão de um mundo de determinada época, são concepções das classes dominantes dentro da história de uma sociedade. As idéias expressas possuem elementos de passado na sua conformação e projetam suas histórias individuais ou coletivas.

Nos sujeitos desta pesquisa, um grupo de enfermeiros, professores de Enfermagem, entendemos que a própria história da Enfermagem com as características que surgiram a partir do desenvolvimento da profissão de enfermagem necessariamente farão parte de suas representações sociais explicitamente ou no campo da subjetividade, pois sabemos que necessariamente as representações não são conscientes. Temos como expectativa que esse grupo estará nos fornecendo, com suas palavras e depoimentos, a linguagem fundamental para a compreensão do cotidiano, um discurso habitual que é produzido e reproduzido nas relações coletivas do grupo e da estrutura sócio-política em que atuam.

JODELET (2001, p.17) aponta para a necessidade de estarmos informados sobre o mundo a nossa volta e nos ajustarmos a ele, pois precisamos saber como nos comportar, dominá-lo física e intelectualmente, identificar e resolver problemas que se apresentem e é por isso que criamos representações. As Representações Sociais são importantes na vida cotidiana:

elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva. (...) elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais.

A autora considera que as Representações Sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrimos diversos elementos: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc. Contudo esses elementos são organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre a realidade.

Para analisar os dados coletados, as representações sociais dos professores enfermeiros que iremos estudar, utilizaremos as considerações dos autores já mencionados como referências na Representação Social e também de SPINK (1995), que no capítulo 6 da parte I: Análise de Representações Sociais, orienta o tratamento e análise dos dados coletados e, em Relatos de Pesquisas, que constitui a parte II de sua obra, exemplifica o processo de Representação Social.

Para encerrar este breve estudo, gostaríamos de salientar ainda a contribuição de GILLY (2001, p.321):

O interesse essencial da noção de Representação Social para a compreensão dos fatos de Educação consiste no fato de que orienta a atenção para o papel de conjuntos organizados de significações sociais no processo educativo.

Para o autor, a RS oferece um novo caminho para a observação e análise dos mecanismos e fatores propriamente sociais que podem influenciar no processo educativo e nos seus resultados.

3.3- O CAMPO DE PESQUISA

3.3.1- O local

A Escola Técnica de Enfermagem escolhida para esta pesquisa está sediada no Estado de São Paulo, tendo iniciado suas atividades em 1967 com os Cursos de Mecânica, Eletrotécnica e Alimentos, no período diurno. Em 1971, foi instalado o Curso de Enfermagem diurno; em 1973, o de Processamento de Dados diurno, Eletrotécnica e Mecânica ambos no período noturno. Em 1978, passou a oferecer, no noturno, cursos seqüenciais para portadores de diploma de segundo grau, de Técnico de Mecânica e Eletrotécnica. Em 1987, o Curso de Eletrotécnica foi reestruturado, transformando-se no Curso de Eletroeletrônica, oferecido nos períodos diurno e noturno. Em 1993, foram instalados mais dois cursos seqüenciais: no início do ano, Plásticos e, no mês de agosto, Equipamentos Médico-Hospitalares, ambos no período noturno. Em 1997, teve início o Curso de Informática seqüencial, noturno, e em 1999, o curso de Telecomunicações, noturno, também no regime seqüencial. A partir de 1998, em função de modificações introduzidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, o Colégio objeto desta pesquisa passou a oferecer Ensino Médio e Educação Profissional, com a organização curricular e matrículas distintas. As habilitações em Alimentos, Eletroeletrônica, Enfermagem, Informática e Mecânica período diurno, e Eletroeletrônica e Mecânica, no noturno, podem ser cursadas concomitantemente ao Ensino Médio oferecido pelo Colégio.

É uma escola pública e seus cursos técnicos são gratuitos. Seu objetivo é propiciar a formação profissional de nível médio para jovens e adultos. Em 2003 ofereceu 810 vagas para a comunidade. Está ligado a uma Universidade Estadual e como outras Instituições vinculadas a Universidades, apresenta um nível de ensino excelente,

comprovado pela grande procura de seus Cursos Técnicos profissionalizantes. Anualmente, o Colégio fixa a data de abertura de inscrições para o ingresso aos diversos cursos, a qual é divulgada em editais afixados no Colégio e publicado pela imprensa. Seu processo seletivo é único, anual, e o número de vagas é divulgado no edital. A prova de seleção para candidatos aos Cursos Técnicos é bastante concorrida. Dados estatísticos de 2003 divulgados no site da Instituição demonstram que a relação vaga / candidato do Curso de Enfermagem é significativa. Nas provas de seleção de 2001, 2002 e 2003 foram 14,4 candidatos para cada vaga (total de 40 vagas)³.

As Habilitações Profissionais têm organização curricular própria e independente do Ensino Médio. No caso, o Curso Técnico em Enfermagem é oferecido em séries anuais, períodos semestrais, divididos em 3 módulos distribuídos em 3 anos e possui uma carga horária total de 1959 horas, incluindo o estágio supervisionado. O Ensino Médio vinculado ao Curso Técnico de Enfermagem possui um total de 1870 horas da Base Nacional Comum e 545 horas da parte diversificada. Trata-se, portanto, de uma formação de Ensino Técnico de 4374 horas, somando-se o Ensino Médio e o Técnico.

3.3.2- Os entrevistados

O corpo docente do Curso Técnico de Enfermagem da Instituição pesquisada é composto por 14 professores enfermeiros e 100% deles foram entrevistados considerando que um estava afastado por Licença Médica no ano letivo em que executamos a pesquisa. Destacamos a importância de todos possuírem 14 anos ou mais de formação, como podemos observar no **gráfico 2 (Anexo 2)**, e 47% deles estão formados entre 18 a 21 anos, tratando-se, portanto, de enfermeiros experientes na profissão. Esta observação tem origem na análise do tempo em que lecionam no ensino médio: 53%, entre 5 a 8 anos, conforme demonstra o **gráfico 3** e também o **gráfico 4** em que 53% dos professores afirmam lecionar na Instituição pesquisada entre 1 a 5 anos.

³ Obs.: anexo não disponível na dissertação nem o *site* na *Internet*, para preservar o sigilo sobre a Instituição.

A faixa etária dos professores variam de 37 a 50 anos, tendo 39% deles entre 41 a 44 anos, conforme podemos observar no **gráfico 1. (Gráficos 1, 2, 3, e 4, ver Anexo 2)**

Quanto à capacitação dos docentes em Cursos de Especialização na área de ensino e / ou aprendizagem, 100% possui Licenciatura em Enfermagem, um cursou especialização em Psicopedagogia e quatro cursaram o GREP, Grupo de Reflexão e Estudos Pedagógicos. Outras especializações e Cursos não foram investigados por não acharmos relevantes para o objetivo da pesquisa.

Todos os entrevistados possuem vínculo efetivo com a escola, isso equivale dizer que são contratadas em regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) ou CLE (Consolidação das Leis Estatutárias) por se tratar de Colégio Técnico ligado a uma Universidade Pública do Estado de São Paulo, e nenhum deles está prestando serviço temporário como professor substituto.

Todos os professores voluntários foram selecionados para a pesquisa, pois cada um deles, com base nas disciplinas que lecionam, **podem** contribuir com o ensino do cuidado humanizado de Enfermagem, mesmo lecionando disciplinas consideradas técnicas. As disciplinas pertencentes às ciências humanas, como a Psicologia aplicada à Enfermagem, Comunicação e Ética e Cidadania não são as únicas responsáveis pela formação ética moral dos futuros profissionais e por formar o palco do ensino do cuidado de enfermagem humanizado, tudo depende da abordagem atribuída às disciplinas ditas técnicas, específicas do Curso Técnico de Enfermagem (ex.: Enfermagem em Saúde Pública, em Centro Cirúrgico, em Técnicas Básicas, etc.). Realizamos uma reunião com os professores da Instituição escolhida e apresentamos o Projeto de Pesquisa, seguindo um roteiro (**Anexo 3**), quando foram expostos os objetivos, o método, a justificativa, o instrumento de coleta a ser utilizado, os procedimentos éticos legais e fornecemos informações complementares solicitadas. Nesse primeiro momento, houve a adesão de todos os professores, que se colocaram à disposição como sujeitos da pesquisa e juntos elaboramos o agendamento das entrevistas.

A disponibilidade e interesse em participar da pesquisa demonstrou, desde o primeiro momento, ser uma equipe de professores comprometidos com a qualidade do Curso e com a prática pedagógica que exercem. Não notamos nenhum sinal de resistência dos professores e vale ressaltar que alguns verbalizaram, na ocasião, que julgavam importante o espaço de reflexão e avaliação da prática a que se propunha a pesquisa e, principalmente, por ela permitir avaliar a prática de ensino do Cuidado de Enfermagem Humanizado, tão necessário para a formação de profissionais técnicos diferenciados.

3.4- A COLETA DE DADOS

A aprovação do Projeto de Pesquisa pelo comitê de Ética em Pesquisa da FCM / UNICAMP antecedeu a coleta de dados, a análise e as entrevistas. No estudo foram preservados os sigilos sobre as fontes dos dados e local da pesquisa.

Para assegurar que a coleta de dados das entrevistas fosse sigilosa, os entrevistados foram identificados com as Siglas E 1 a E 13, por ordem de ocorrência e nas gravações passaram a ser identificados por estes codinomes.

Nenhuma intercorrência relevante ocorreu durante as entrevistas, tendo elas transcorrido de forma harmônica, conforme o agendamento previsto no Projeto de Pesquisa e com disponibilidade e cooperação por parte dos entrevistados. Em alguns locais houve interferência de ruídos nas gravações, mas sem prejuízo do conteúdo gravado.

Sentimos que houve uma inibição inicial por parte dos entrevistados, pelo fato de as entrevistas estarem sendo gravadas, mas à medida que o diálogo seguia, o entrevistado se sentia mais à vontade e conseguia ser mais espontâneo e se envolvia no desenvolvimento do roteiro.

As questões do roteiro da entrevista (**Anexo 4**) foram elaboradas buscando duas etapas: a **primeira**, que teve como objetivo conhecer o perfil profissional dos entrevistados e inseri-los e identificá-los no contexto da Escola Técnica de Enfermagem pesquisada. A **segunda parte**, a partir da pergunta dois, objetivava observar a Representação Social dos

professores ao ensinar o Cuidado de Enfermagem Humanizado, usando como estruturas temáticas o Cuidado de Enfermagem, o cuidado de Enfermagem humanizado e cuidado desumano e, finalmente, como se organizavam para ensinar nas aulas teóricas e no estágio e como ensinavam o cuidado de Enfermagem humanizado.

Por se tratar de entrevista semi-estruturada, tivemos o cuidado de não fechar possibilidades de reflexão sobre a prática pedagógica, acrescentando uma questão aberta, de número sete, em que o entrevistado poderia complementar idéias ou acrescentar outras a respeito do assunto em pauta.

3.4.1- A Análise Documental

Julgamos interessante realizar a Análise documental como apoio para analisar os discursos dos professores e as discussões dos resultados encontrados. E também como tentativa de obter uma delimitação do contexto em que estão inseridos esses professores.

LUDKE e ANDRÉ (1986, p. 39) afirmam que:

Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte 'natural de informação'. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.

A decisão de analisar a documentação atende a nossa necessidade de conhecer a fundamentação teórica do ensino-aprendizagem que pode estar influenciando as Representações Sociais dos professores. Para esclarecimento, não podemos afirmar que todos os professores entrevistados tiveram acesso aos documentos ou mesmo que norteiem sua atuação nestes documentos.

O material coletado do ano letivo de 2002, no Colégio em questão, para a realização da Análise Documental⁴, constituiu-se de:

- A) PROPOSTA PEDAGÓGICA;
- B) PLANO ESCOLAR (ENSINO);
- C) REGIMENTO ESCOLAR;
- D) MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS ALUNOS e
- E) GRADE CURRICULAR.

A) A PROPOSTA PEDAGÓGICA (PP)

Este documento está estruturado da seguinte forma:

I - Introdução

Na Introdução da Proposta Pedagógica (PP) do Colégio em questão encontramos a seguinte citação que entendemos ser de relevância para o desenvolvimento desta parte do estudo:

A preparação para profissões técnicas pressupõe o aprimoramento do indivíduo como pessoa humana, pelo desenvolvimento da autonomia intelectual e pensamento crítico, bem como pela compreensão dos fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos, como direito do cidadão ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida social e produtiva.

A referência ao aluno como indivíduo e pessoa humana reflete no nosso entendimento preocupação com sua individualidade e singularidade. Na prática, isso implicaria conhecer e dominar várias metodologias de ensino e aprendizagem. A autonomia intelectual coloca o professor como um mediador da aprendizagem que estimula a análise crítica reflexiva em seus alunos. Além da competência técnica, a escola se propõe a desenvolver no aluno o ser político e social, cidadão consciente de seus deveres e direitos.

⁴ O material coletado não consta do anexo com o objetivo de preservar o sigilo da Instituição em questão. Tivemos o cuidado de registrar as citações literais em itálico para diferenciá-las das nossas.

II – Objetivos

Ao analisarmos os objetivos gerais da PP, as bases pedagógicas se reforçam na afirmação de que buscam o desenvolvimento pleno das capacidades do educando, preparação para o exercício crítico, consciente e atuante da cidadania e qualificação para o trabalho nos níveis básicos, técnico e especializações de nível técnico.

Nos objetivos específicos, selecionamos, para contribuir com a leitura desta parte do estudo, os seguintes itens:

- ✓ Buscar, pela interação dos diversos saberes dos componentes curriculares, a formação de indivíduos, cooperativos e responsáveis, capazes de se expressar, questionando e criticando os valores que lhe são transmitidos, potencialmente aptos para transformá-los quando necessário.
- ✓ Criar condições para um raciocínio lógico e a vivência do método científico e suas aplicações a partir de uma abordagem histórico-crítica.
- ✓ Aplicar metodologias de ensino que possibilitem o desenvolvimento das capacidades de observação, reflexão, criação, dedução, julgamento, comunicação, convívio, comparação, decisão e ação.
- ✓ Criar condições favoráveis ao desenvolvimento de atitudes críticas, conscientes, solidárias e construtivas diante da realidade em que vive, visando à auto-realização e à satisfatória integração na sociedade e no ambiente de trabalho.

III – Cursos Oferecidos

Já citados anteriormente no item: **3.3.1 Local da pesquisa**

IV – Requisitos de acesso

Não localizamos na Proposta a idade mínima para ingresso. Entendemos que para a matrícula no Curso de Enfermagem essa é uma necessidade relevante, considerando o ambiente de estágio supervisionado, que requer maturidade. A imaturidade cronológica entendemos, diminui e muito as chances de maturidade emocional.

V – O Processo Educativo

No item V da PP: o Processo Educativo encontramos a confirmação de que seu “eixo central” é a educação do ser humano, cidadão e trabalhador, tendo como “eixo integrador” o ensino de tecnologia na busca do desenvolvimento do espírito crítico. A tecnologia é referida como centrada no contexto histórico atual e voltada para os elementos que deram origem a sua produção e sucessivas modificações.

O conhecimento descontextualizado é simples informação (...) O conhecimento não questionado é obstáculo epistemológico que engessa o desenvolvimento do pensamento científico, transformando o conhecimento em fatos imutáveis.

Entendemos ser esta uma visão que aproxima a teoria aplicada à prática do cotidiano e contribui com maior competência para a atuação do aluno no mercado de trabalho. No desenvolvimento do texto que discorre sobre Processo Pedagógico, o Colégio se propõe a integrar os saberes científicos, tecnológicos e humanísticos, o que entendemos ser uma contribuição para o desenvolvimento do ensino profissional humanizado em seus cursos.

A PP desse Colégio chama a atenção para a necessidade de manter a unidade da educação escolar, sem fragmentar o *saber fazer* e o *saber ser*. Aponta para a necessidade de que seja organizada e sistematizada e para isso é preciso fazer planos, apontar limites e definir parâmetros de disciplina, mediar o processo de ensino-aprendizagem e dominar o conteúdo a ser lecionado.

Para organizar a prática pedagógica e torná-la competente, a PP propõe como referencial teórico Perronoud⁵. Como ilustração de suas idéias, destacamos as seguintes competências: envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho, enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão, trabalhar em equipe, utilizar novas tecnologias, participar da administração escolar e administrar sua formação contínua.

Para efetivar a PP, são propostas sete metas para a manutenção e reestruturação da infra-estrutura pedagógica.

VI – A construção de competências

O processo educacional descrito está voltado para a constituição de competências, a aprendizagem no âmbito cognitivo (conhecimentos incorporados de forma organizada), psicomotor (procedimental habilidades); envolve exercitação e prática afetiva (atitudinal) ou comportamental que resulta de sinais internos ao indivíduo e pode ser identificada por sentimentos de prazer ou dor, satisfação ou descontentamento. As experiências cognitivas são acompanhadas, na PP, na maioria das vezes, de experiências afetivas.

Entendemos que, para o curso técnico de Enfermagem, a adoção desse modelo de competências pode ser humanística e promover a humanização do ensino de Enfermagem quando considera a influência das emoções e dos sentimentos gerados por elas na atividade cognitiva.

VII – Abordagens pedagógicas

A ação educacional está centrada em um processo contínuo de ação-reflexão-ação contribuindo para a consolidação e integração das competências do aluno. A abordagem pedagógica proposta dos conteúdos incentiva o ensino-aprendizagem a partir da solução de problemas.

⁵ PERRONOU, Philippe. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Quanto ao papel do professor nesse processo, ele deverá orientar e provocar desequilíbrios que possibilitem a formação de novas estruturas cognitivas no aluno, mediar e interar corretamente o aluno com o conhecimento, possibilitando uma situação de aprendizagem significativa do saber. A PP condena a memorização, repetição e adoção de esquemas pré-estabelecidos como ênfase da aprendizagem. Também privilegia o contato dos alunos com situações rotineiras de trabalho, por meio de convênios, visitas e estágios em empresas e instituições.

VIII – Planejamento e gestão pedagógica

Neste ponto, a PP retoma a LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais, reafirmando o objetivo de formar indivíduos autônomos.

Autonomia como método pedagógico refere-se a permitir, despertar, favorecer, promover, valorizar, exercitar o poder de pensar. Autonomia é aprender a pensar, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar.

IX – Avaliação

Na PP, a avaliação é considerada um meio didático para a efetivação do processo ensino-aprendizagem. “Deve servir para o professor delinear, obter e proporcionar informações úteis quanto a continuar, rever ou cancelar o seu planejamento”. A avaliação preconizada deve ser abrangente e um processo contínuo cujos aspectos qualitativos devem prevalecer sobre os quantitativos. Deverão ser consideradas no processo de avaliação as diferenças individuais dos alunos.

O método recomendado para o processo de avaliação é o acompanhamento sistemático da aprendizagem. Deverá ser descritivo para permitir registros dos comportamentos emitidos e compreensivo para possibilitar a análise e estabelecimento de conclusões.

Preconiza-se na PP a avaliação **diagnóstica** (determina as habilidades do aluno nos campos cognitivo, afetivo e psicomotor); a **formativa** (permite observar metodicamente o aluno) e a **somativa** ou **classificatória** (visa classificar os alunos ao fim de um ciclo ou período).

A avaliação deve envolver a comparação de resultados com padrões de qualidade e a determinação dos procedimentos de avaliação (provas, testes, etc.), com fins de retenção ou promoção para estudos subsequentes.

X – Critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores

Neste item foram considerados os seguintes critérios para os Cursos de Habilitação Técnica (Complementação):

- ✓ Análise do histórico escolar que comprove a equivalência de conteúdos e carga horária;
- ✓ Documentos que comprovem atividades profissionais exercidas na área de habilitação pretendida e
- ✓ que tenha aproveitamento igual ou superior a 5,0 (cinco) em prova específica.

XI – Estágio supervisionado

A PP estabelece que o estágio será realizado mediante contrato assinado entre a escola e a empresa / instituição o qual deverá ser supervisionado e as atividades exercidas devem corresponder as necessidades da formação específica. Ao término do estágio, será elaborado um Relatório Final em formato estipulado pelas normas previstas.

XII – Conselhos de Classe

Irão para Conselho de classe alunos com aproveitamento insuficiente.

XIII – Progressão Parcial

O aluno deverá cursar novamente, no período letivo subsequente, as disciplinas nas quais não obteve aproveitamento suficiente.

XIV – Matrícula em situações especiais

Os alunos com matérias em dependência que tiveram progressão parcial poderão realizar sua matrícula normal e da matéria em dependência.

Este breve resumo das idéias principais contidas na PP nos forneceu um discurso teórico que entendemos seja recoberto de cuidados em aprimorar e manter a escola com um ensino de excelente qualidade.

A reflexão sobre a Base Filosófica e a missão do Colégio descritas em sua Proposta Pedagógica demonstrou coerência com a nova LDB. Em sua PP aparece a adoção do Construtivismo⁶ como referencial teórico.

Segundo MINTO e MURANAKA (1998), a implementação da LDB e a desejável transformação da educação têm tido eventuais avanços e retrocessos e consideram que: “ao formular a LDB, o governo desconsiderou que o grau de efetividade de sua implantação depende do compromisso de amplos setores a ela afetos. Sem efetividade, torna-se uma “peça retórica”, nada mais do que um simulacro da nossa tênue democracia”.

⁶ Construtivismo: “É uma corrente epistemológica que renuncia à objetividade tal qual é proposta nas epistemologias empiristas, realista e racionalista, dentre outras. Parte do observador que constrói ou inventa a realidade com a qual ele estabelece uma correlação dialética por intermédio da experiência”. MORETTO, Vasco Pedro. **Construtivismo**: a produção do conhecimento em aula. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

Entendemos que a Proposta Pedagógica pode influenciar e muito a prática pedagógica dos professores, sendo este seu objetivo básico: determinar caminhos, direções do ensino-aprendizagem, mas ela só funcionará como tal se os professores e a escola levarem o discurso para a prática, senão ela perde seu objetivo. Fica para nós um questionamento para uma reflexão posterior, com base na análise das entrevistas dos professores: suas Representações Sociais demonstram que foram sensibilizados pela Proposta Pedagógica, conseguem efetivar na prática suas orientações? Se as idéias do PP foram assimiladas, até que ponto contribuem para a humanização do cuidado de Enfermagem?

Cabe, a esta altura da análise da PP, informarmos que tivemos acesso a uma primeira versão do detalhamento da organização curricular por competências, habilidades e bases tecnológicas do curso Técnico de Enfermagem que está dividida nos seguintes módulos de ensino: Módulo I – Educação para a Saúde;

Módulo II – Proteção e Prevenção a Saúde; Módulo III – Recuperação, reabilitação e gestão em Saúde.

Em atitude de humildade e sabedoria, são palavras finais da PP:

O Projeto Pedagógico tem sentido de sonho, de vir a ser. Ele se constrói e reconstrói no dia-a-dia escolar a partir das reflexões, que, por sua vez, são fruto de um trabalho uno, democrático, solidário, que envolve o respeito e a ética à opinião do outro, às limitações e deficiências do educando, e aos anseios da sociedade e às demandas tecnológicas do mundo do trabalho.

B) O PLANO ESCOLAR

O Plano Escolar ou de Ensino é descrito como o (re) pensar do processo dinâmico de ensino-aprendizagem-avaliação que, recomenda-se, deva ser desenvolvido junto com os alunos; e sua elaboração, um exercício de interdependência, pois os objetivos de cada disciplina deverão estar coerentes com os objetivos educacionais do Colégio.

São orientações determinadas pela PP para o desenvolvimento do Plano de Ensino:

- ✓ definir: os objetivos da disciplina, qual a razão para ensiná-la e ter clara a importância da disciplina;
- ✓ quais as competências e habilidades que deverão ter sido desenvolvidas pelo aluno no término da disciplina;
- ✓ quais os conteúdos de aprendizagem (saberes teóricos, procedimentais e atitudinais) e
- ✓ situações / estratégias de aprendizagem.

Em se tratando da Habilitação em Enfermagem oferecida pelo Curso Técnico de Enfermagem, está estabelecido no Plano Escolar como objetivo:

- ✓ formar profissionais de nível médio para atuar em enfermagem;
- ✓ capacitar os futuros profissionais para atuar no espaço hospitalar público ou privado e em outras instituições de saúde;
- ✓ *promover a formação profissional focando o cuidado de enfermagem como um direito da cidadania, fundamentado num profundo respeito humano para lidar com as pessoas, em vez do velho paradigma centrado na alta tecnologia e na intervenção do agravo já estabelecido;*
- ✓ *desenvolver no educando o paradigma do cuidar como ação terapêutica da enfermagem, em contrapartida à integralidade da assistência como modelo hospitalocêntrico e biologicista, reparador e / ou condutor ao consumo da saúde;*
- ✓ *disseminar a idéia, entre os educando de enfermagem (...), do cuidar integralmente para a vida plena e digna, entendida com o sinergismo entre velhos e novos cuidados voltados para o processo humano de nascer, crescer, envelhecer, adoecer e morrer no meio social, para que seja um direito de todos;*

- ✓ *promover ações educacionais para que o profissional técnico de enfermagem se perceba como agente de promoção da saúde e prevenção de doenças numa perspectiva de educação para a saúde e de autocuidado que coloca o paciente como partícipes da ação assistencial;*
- ✓ *conscientizar o futuro Técnico em enfermagem da necessidade de aprimorar constantemente seus conhecimentos e habilidades, através de formação contínua.*

C) O REGIMENTO ESCOLAR

Este documento em sua versão final, foi aprovado pelo Parecer CEE 76/03 e Publicado no DOE de 21 de março de 2003, p. 14. Seu objetivo é regulamentar o funcionamento do Colégio, estabelecendo as normas da organização administrativa e técnica, do corpo docente, do corpo discente, da didática e regime disciplinar e escolar.

Nas Disposições Preliminares, Título I, Capítulo II, dos objetivos, encontramos a **reafirmção da valorização da vida** pela compreensão dos direitos e deveres da pessoa humana, do cidadão, do Estado, da família e dos demais grupos que compõem a comunidade. Esta valorização torna-se evidente à medida que a leitura do regimento faz menção ao respeito à dignidade e liberdade, preconiza solidariedade, consciência crítica, condena qualquer tratamento desigual e, explicitamente, promove a valorização da vida e a preservação e expansão do patrimônio cultural.

No capítulo V: Da Organização Didática, está estabelecido que o Plano Escolar (descrito anteriormente) é o documento no qual se consubstanciam as decisões decorrentes do processo de planejamento, e a Proposta Pedagógica deve refletir os princípios que norteiam o planejamento.

D) MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS ALUNOS

Esse documento foi elaborado para informar aos alunos a organização administrativa e pedagógica do Colégio. Contém normas gerais relativas aos alunos e orienta sobre o sistema de avaliação e sobre o Regimento Escolar.

E) GRADE CURRICULAR

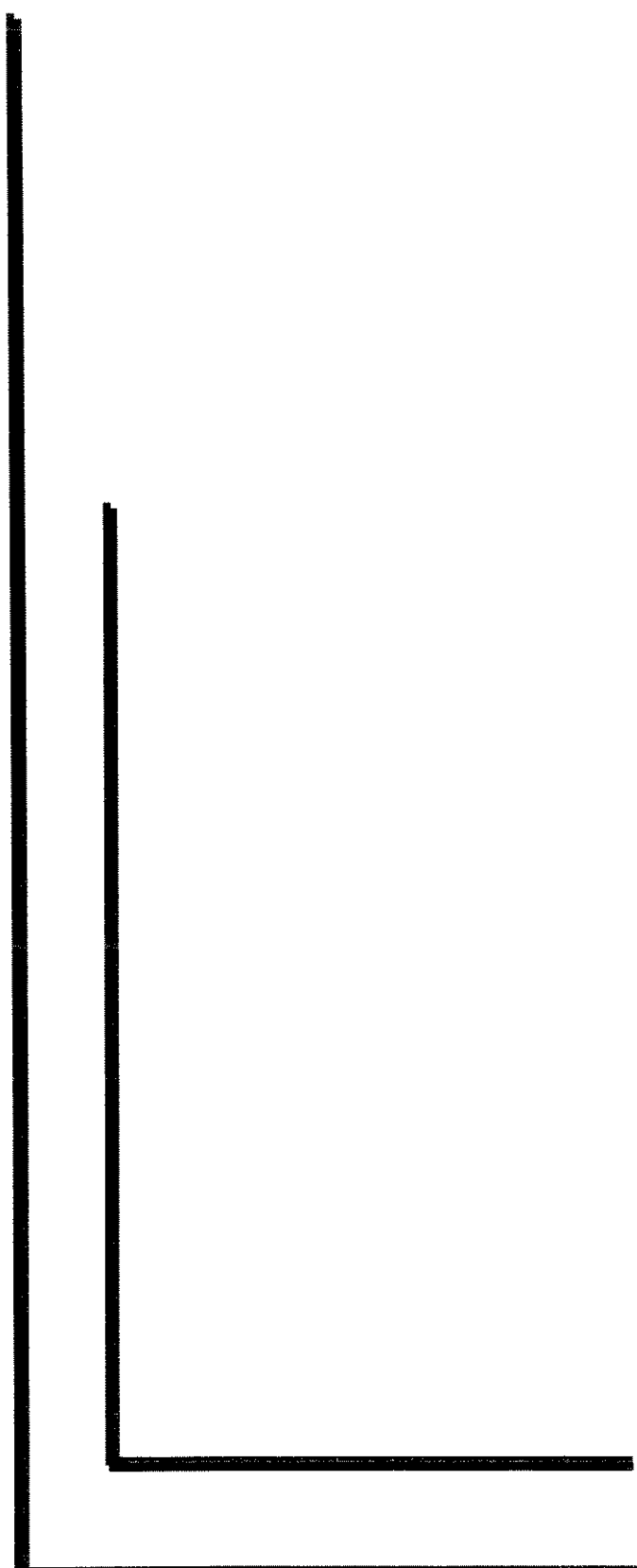
Na atualidade é utilizada a Grade curricular do Ensino Médio vinculada ao ensino técnico, com duração de 2415 horas, e do Curso Técnico de Enfermagem, com duração de 1959 horas, homologada em agosto de 2002, pela supervisão de ensino. O ensino médio profissionalizante tem como base a Lei Federal nº 9394/96, Decreto Federal nº 2208/97, Parecer CFE nº 2467/73, Resolução CNE/CNB nº 3/98 e IND nº 8/2000.

3.4.2- As entrevistas

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas (**Anexo 4**), obedecendo aos critérios determinados por MINAYO (1996, p.108), que as define como aquelas que combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, tendo o entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Também procuraremos atender às recomendações de TRIVIÑOS (1992), que contextualiza a entrevista semi-estruturada e tece observações que julgamos de extrema relevância por nos conduzirem para uma possibilidade de aumentar a qualidade dos dados levantados.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e armazenadas e organizadas em CDR. Posteriormente, foram transcritas e impressas para análise dos dados. Antecederam na totalidade das entrevistas a assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido (**Anexo 5**), ficando cada professor com uma cópia do Termo assinado.



4- A ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Adotamos para a análise dos dados as orientações de MINAYO (1996). A autora, nas considerações iniciais do Capítulo 4, que trata da Fase de Análise ou Tratamento dos dados, alerta-nos para a “ilusão da transparência”, isto é, o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente ao observador. “Essa ilusão é tanto mais perigosa quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto” (MINAYO, 1996, p.197).

Segundo a autora, trata-se de uma luta contra a sociologia ingênua e o empirismo, que acreditam poder compreender as significações dos atores sociais, mas apenas conseguem a projeção de sua própria subjetividade.

Segundo MINAYO (1996, p.197-198), uma análise do material colhido busca atingir os seguintes objetivos: “a ultrapassagem da incerteza”: o que eu percebo na mensagem está de fato nela contido? “O enriquecimento da leitura”: como posso ultrapassar o olhar imediato e espontâneo para a compreensão de fato das significações? E a “integração das descobertas” que vão além da aparência, num contexto social em que se inserem.

Análise de conteúdo, segunda a autora, é a expressão mais usada para a fase de análise ou tratamento do material e se utilizam várias técnicas, como a Análise de expressão, de Relações, Temática e Enunciação. Estudando as propostas de cada uma dessas modalidades, a que nos pareceu mais adequada para a realização deste estudo foi a Análise Temática.

Em MINAYO (1996, p. 208-211), identificamos que a análise temática está ligada à noção de tema, de determinado assunto, e fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação cuja frequência tem algum significado para o objetivo analítico a que visamos.

Operacionalmente seguimos as três fases preconizadas pela autora:

- ✓ a **pré-análise**, contemplando uma leitura prévia de todo o material coletado, revisando os objetivos iniciais da pesquisa, na elaboração de indicadores que oriente a interpretação final e formulando hipóteses e objetivos pela leitura exaustiva do material coletado;

- ✓ **exploração do material.** coletado, quando buscaremos organizá-los, codificando-os e elaborando variáveis para a análise das entrevistas que permitem uma forma de classificação e/ou quantificação e transformando as variáveis em categorias teóricas ou empíricas que definirão a especificação do tema;
- ✓ **discussão dos resultados obtidos e interpretação.** Nessa fase do estudo, as unidades de depoimentos já estarão classificadas e de certa forma quantificadas. Poderemos conhecer as mais relevantes, as que apresentaram *significação da regularidade* e, a partir daí, embasada no quadro teórico que elegemos para a pesquisa, interpretar os dados.

4.1- OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO DOS DADOS

Transformar as informações coletadas durante a fase de levantamento de dados em conhecimento relevante e aproximado da realidade para nós significou também investigar o contexto em que estavam inseridos os sujeitos da pesquisa.

Na construção deste contexto, usamos de dados estatísticos: idade, tempo de formado, tempo em que leciona em ensino médio e na instituição pesquisada. Também pesquisamos se haviam feito especializações na área de ensino e / ou aprendizagem. Outro item explorado foi a documentação da Instituição (Proposta Pedagógica, Plano de Ensino, Grade Curricular, Manual de orientação ao aluno e Regimento Escolar), por reconhecermos que eles podem exercer influência na atuação dos professores.

Temos consciência de que os dados levantados nos levam a um conhecimento superficial, aparente e que é difícil alcançar uma compreensão mais profunda dos significados. A imagem que o espelho reflete é sempre aparente, não mostra a trajetória dos indivíduos, sua história de vida, seu contexto profissional e pessoal na totalidade.

MINAYO et al. (2001, p.68), referindo-se a análise de dados na pesquisa qualitativa, aponta três obstáculos para uma análise eficiente: o primeiro diz respeito à *ilusão do pesquisador* em ver conclusões, à primeira vista como “transparentes”, quanto maior for a familiaridade do pesquisador com o assunto que está pesquisando, maior poderá

ser sua ilusão que pode nos levar a conclusões superficiais e equivocadas. O segundo obstáculo se refere ao fato de o pesquisador se envolver tanto com os métodos e as técnicas a ponto de esquecer os significados presentes em seus dados. Por último, o terceiro obstáculo é a dificuldade que o pesquisador pode ter em articular as conclusões que surgem dos dados concretos com os conhecimentos mais amplos ou abstratos, afastando-se da fundamentação teórica da pesquisa.

Entendemos que o conhecimento possui uma importância vital para o desenvolvimento das sociedades e pessoas. Pode ser construído pela sua reprodução e / ou transformação, e podemos dizer que buscá-lo é resultado de inquietação, de incerteza e de dúvida. Neste estudo buscamos um acesso ao conhecimento sobre o ensino do cuidado humanizado em Enfermagem. Admitimos que ao concluí-lo obtivemos uma análise limitada, pois relata a RS de um grupo de docentes num contexto histórico e cronológico pontual, mas temos certeza de que desenvolvemos uma possibilidade de reflexão e uma contribuição para o conhecimento sobre o tema, o que para nós justifica sua execução.

4.2- AS UNIDADES TEMÁTICAS E ESTRUTURAS RELEVANTES

Ao organizar o conteúdo do material coletado e realizar a sua análise, identificamo-nos com a terminologia **Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes**, estabelecida por SILVA (1998). Não optamos pelos termos categorias e subcategorias utilizadas por outros estudiosos da Representação Social (RS), pois, na concepção literal da palavra, categorizar significa: classificar, hierarquizar.

Na investigação, buscamos compreender os vários feixes de significados, sem querer ordená-los, contidos nas Representações Sociais (RSs) dos professores ao ensinar o Cuidado de Enfermagem Humanizado.

As RSs utilizadas se constituíram de conhecimentos e vivências acumulados ao longo da vida pessoal e profissional dos entrevistados; elas são resultados da trajetória percorrida, mas também é processo, pois se modifica conforme a alteração do contexto histórico cronológico.

Entendemos que o termo Unidade Temática define bem nossa intenção de trabalhar grandes temas e ordená-los sem querer hierarquizá-los, temporalizá-los ou classificá-los por ordem de importância ou frequência. Determinaremos, assim, alguns fios, aqueles que se deixaram desvelar e que se prendem à grande teia das Representações Sociais dos professores. Nenhum desses fios, olhados individualmente, possuem significados expressivos para a composição da teia como um todo

Julgamos o termo Estrutura Relevante também mais apropriado para definir o que comumente é chamado de: subunidades ou subcategorias contidas nas Unidades Temáticas. O prefixo “sub” nos passa uma idéia de classificação de menor importância, o que não é coerente com as recomendações dos autores que compõem o referencial teórico deste estudo. Exemplificamos nossa argumentação com a definição de Representação Social de SILVA (1998, p.41):

As Representações sociais podem demonstrar segmentos do real que, ao serem captadas de forma segmentada, deverão ser reconstruídas e agregadas através de nexos existentes. A Representação social, ao sondar o cotidiano das pessoas, irá identificar estes nexos e agregar as realidades e daí desencadear o estudo do real.

Seguindo as orientações de MINAYO (1996) para a realização da análise temática dos dados coletados, executamos uma pré-análise, ou seja: leitura prévia, “com contato exaustivo” com todo o material, mantendo-nos sempre ancorados aos objetivos estabelecidos inicialmente no projeto de pesquisa. A seguir exploramos o material coletado: as entrevistas e a documentação, organizando, codificando, agregando os dados empíricos em categorias teóricas ou empíricas. Buscamos descobrir e selecionar nos discursos dos sujeitos da pesquisa a presença e / ou frequência de idéias que estabelecessem relações e / ou significados com o objetivo analítico do estudo.

Isso nos possibilitou uma forma de classificação e / ou qualificação dos dados que foram organizados em Unidades Temáticas e as especificações em Estruturas Relevantes.

Ainda seguindo as orientações de MINAYO (1996), partimos para a discussão e interpretação das Unidades Temáticas. Isso nos possibilitou o aprofundamento dos assuntos considerados relevante, e identificar os que apresentaram “significação da regularidade” e, a partir daí, embasados no referencial teórico que elegemos para a pesquisa, realizamos as interpretações dos dados por Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes.

Salientamos que as considerações descritas e as que serão ponderadas no desenvolvimento de cada Unidade Temática justificam a ordenação explicitada a seguir:

UNIDADE TEMÁTICA I

CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANIZADO

Estrutura Relevante 1

O Cuidado de Enfermagem e o Cuidado de Enfermagem Humanizado

Estrutura Relevante 2

Humanizar versus desumanizar

Estrutura Relevante 3

A profissão de Enfermagem: alguns princípios e valores ideológicos históricos

UNIDADE TEMÁTICA II

O TRABALHO DOCENTE

Estrutura Relevante 1

A organização da prática pedagógica

Estrutura Relevante 2

Os objetivos da prática pedagógica

Estrutura Relevante 3

Princípios e valores que influenciam a prática pedagógica

Estrutura Relevante 4

A influência do perfil do aluno adolescente na organização da prática pedagógica

UNIDADE TEMÁTICA III

ENSINANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANIZADO

Estrutura Relevante 1

Refletindo a prática pedagógica do cuidado de enfermagem humanizado

Estrutura Relevante 2

Os instrumentos pedagógicos para ensinar o cuidado de Enfermagem Humanizado

UNIDADE TEMÁTICA IV

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E RELAÇÕES COM A HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE CUIDA

UNIDADE TEMÁTICA I

CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANIZADO

Esta Unidade Temática foi criada com o objetivo de reunir as RSs relacionadas ao **Cuidado de Enfermagem Humanizado**. A RS do professor, ao ensinar o Cuidado de Enfermagem Humanizado, está fundamentada no seu entendimento, na forma como define alguns conceitos éticos, morais, valores naquilo que faz parte do seu discurso e de sua práxis¹, no que já vivenciou, no contexto que está inserido, na pessoa e profissional singular e única que é.

Para a identificação e estudo dessas Representações Sociais, definimos duas Estruturas Relevantes que contribuem para a agregação e análise dos dados: o que é **Cuidado de Enfermagem e Cuidado Humanizado**; nomeamos essa significação conceitual de **Estrutura Relevante 1**.

Nas reflexões sobre essas questões, sentimos a necessidade de agregar o conceito de **Humanizar e Desumanizar**, sendo criada a **Estrutura Relevante 2**.

A partir dos depoimentos de três professores que fizeram reflexões sobre a Profissão de Enfermagem, sentimos necessidade de criar uma nova Estrutura Relevante para desenvolver esta Unidade Temática. A forma como o profissional analisa, sente e conceitua seu trabalho, a sua profissão de enfermeiro e professor, pode influenciar a RS, o seu cotidiano, sua forma de conceituar e ensinar o Cuidado de Enfermagem Humanizado; portanto criamos a **Estrutura Relevante 3: A profissão de Enfermagem**.

¹ Práxis: “No marxismo, o conjunto das atividades humanas tendentes a criar as condições indispensáveis à existência da sociedade e, particularmente, à atividade material, à produção: prática”. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. Utilizamos o termo **práxis** e não **praxe** (prática habitual) com a intenção de localizar cronologicamente a prática da enfermagem profissional.

Estrutura Relevante 1

O Cuidado de Enfermagem e o Cuidado Humanizado

Ao serem questionados sobre sua concepção de Cuidado de Enfermagem, os entrevistados, conforme demonstram seus depoimentos reproduzidos parcialmente a seguir, consideram que o **Cuidado de Enfermagem** é, em sua essência, **técnico** e à medida que esse cuidado for planejado e aplicado como um cuidado a um ser humano, em que o paciente não seja reconhecido apenas pela patologia, mas atendido globalmente, que protocolos ultrapassados sejam transformados, que apoio emocional seja fornecido cotidianamente, que se escute mais o paciente, reconhecendo as suas reais necessidades, identificando as suas ansiedades e medos; enfim, transformando o “**Cuidado de Enfermagem**” em “**Cuidado Humanizado**”.

E 2: “O cuidado de Enfermagem é o cuidado com a técnica; cuidar tecnicamente é diferente do cuidado de Enfermagem humanizado que, além da técnica, eu vou além, eu dou um apoio emocional, eu toco no paciente, eu converso, olho no olho, eu sinto as necessidades e dentro do meu horário, eu procuro fazer o melhor para aquele cliente.”

E 3: “Na realidade, cuidar em Enfermagem seria o procedimento de Enfermagem que eu vou realizar numa pessoa, num indivíduo, num ser de quem eu vou estar cuidando.”

E 4: “(...) é você fazer a técnica da melhor maneira possível, desde que você não fira os princípios. A gente aprende várias coisas, (...) aprende que o banho de leito tem que ser feito assim e assim, (...) e você chega à unidade e encontra algo incomum, você não pode executar a técnica exatamente daquela maneira; então você tem que, dentro do cuidado de enfermagem ver qual a melhor maneira de fazer a técnica sem estar ferindo princípios, mas que você não vá também prejudicar o paciente.”

E 6: “(...) cuidado é uma técnica na verdade, eu entendo que a técnica está sendo realizada em alguém, então eu não posso esquecer que eu estou lidando com um ser humano. Então prestar cuidados é estar atento para o paciente como um todo, não simplesmente eu estou fazendo um curativo numa úlcera e esquecendo que a úlcera está em alguém. Para mim esse é o cuidado de enfermagem.”

E 7: “Cuidados de enfermagem é tudo o que a gente faz integralmente ao paciente, desde a hora de passagem de plantão no começo até o final, são técnicas, é o quadro geralmente do princípio ao fim, ali do seu plantão, engloba tudo.”

E 13: “(...) é assistir o cliente de uma maneira sistematizada, quer dizer, no seu todo, seguindo a parte técnica, não ferindo princípios científicos, obedecendo a horários e padronizações do hospital. O cuidado de enfermagem, nesse sentido seria só a parte técnica do relacionamento humano, o trabalho em equipe, mas seguindo a sistematização da assistência.”

Os depoimentos descritos estabelecem uma dicotomia entre o **Cuidar de Enfermagem** e o **Cuidado Humanizado** que não é referida por todos os professores, pois nos discursos de **E 1**, **E 5**, **E 9** e **E 12**, citados a seguir, encontramos idéias que demonstram um cuidar vinculado ao paciente como um todo, um cuidado integral, idéia de comprometimento com o paciente com o ser humano e a técnica é referência apenas como instrumento e método do cuidar.

E 1: “Eu entendo que é atender o paciente em todas as suas necessidades prestando cuidados que só a Enfermagem tem capacidade para realizar. Diferente do cuidado médico, o cuidado de enfermagem consiste em atender o paciente na sua plenitude.”

E 5: “É o planejamento da assistência a ser prestada de forma individualizada, de uma maneira geral, global, vendo o paciente como um todo.”

E 8: *“A primeira coisa do cuidado é estar ao lado do paciente, estar ao lado do paciente não só se preocupando com a técnica a ser efetuada, seguir a sequência da prescrição de enfermagem ou então da prescrição médica. Primeiro nós vamos estar ao lado dele, ouvir, a partir do momento em que o paciente já coloca as suas preocupações, as suas angústias. Então, à medida que você vai cuidar ou vai fazer suas tarefas de enfermagem, um exame físico ou sinais vitais, você já está, ao mesmo tempo, fazendo uma orientação do que você observou, (...). É o momento em que a gente tira informações do paciente e pode dar uma reeducação também. Então eu acho que o cuidado não é só efetuar as tarefas, você tem que, ao mesmo tempo, tentar conhecer o paciente, observar o que ele precisa, quais as orientações e o que você pode acrescentar a isso.”*

E 9: *“(...) existe uma frase de que eu gosto muito em que é colocado “que o cuidado é mais do que um ato, é uma atitude frente ao outro, um compromisso em relação ao outro.”*

E 10: *“(...) então eu vou estar fazendo um cuidado quando eu estou auxiliando, assistindo o paciente em suas necessidades. Ele pode ter tanto necessidades físicas que eu vou estar auxiliando-o, como aquelas que eu vou estar desenvolvendo ou auxiliando a fazer o seu autocuidado. (...) acho que é cuidar em cima das patologias, vendo o paciente sempre como um todo; observando sempre como um todo, em cima não só de patologia, mas de necessidades que ele tenha, humana, fisiológicas, básicas e que, no momento em que ele está internado, sob os nossos cuidados, ele não consegue sanar. Auxiliá-lo nesse planejamento.”*

E 11: *“Cuidado de enfermagem é prestar assistência dentro das necessidades do que o paciente não pode fazer por ele próprio, estar nortear se a gente pode ajudá-lo ou auxiliá-lo e o que não pode ser feito, a gente fazer por ele.”*

E 12: *“Cuidado de enfermagem é você ver o paciente como um todo e prestar o cuidado quando ele está no momento mais frágil da vida dele.”*

Refletindo sobre as RSs que envolveram o **Cuidado de Enfermagem** como técnico e o **Cuidado Humanizado**, a humanização das técnicas, inquietações nos impulsionaram a investigar “por que e quando” a dicotomia entre a técnica e a humanização se restabeleceu no cuidar em Enfermagem.

Em ALMEIDA e ROCHA (1989, p.29), encontramos contribuições para esta reflexão:

Uma das primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber na Enfermagem, é constituída pelas técnicas de enfermagem. Elas se organizaram como estrutura de saber nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos da América do Norte, mas estiveram sempre presentes nos cuidados de enfermagem e eram tidas como a arte de Enfermagem.

A autora pontua com muita clareza que as técnicas de enfermagem atravessaram os tempos e passaram por transformações; vão da simples descrição dos passos até a busca em outras áreas do conhecimento, das razões de tais procedimentos. Elas começaram a ser organizadas no final do século XIX, quando a Enfermagem na Inglaterra começou a se constituir e foram implementadas nos Estados Unidos, nas primeiras décadas deste século, mas estiveram sempre presentes como simples rituais de cuidados. Houve um período em que a técnica era um conjunto dos processos de uma Arte cujas técnicas de enfermagem influenciavam a arte do atendimento, a saúde garantia o trabalho da enfermeira. Com a introdução da idéia de que Enfermagem é uma arte e também ciência que visa ao atendimento ao paciente como um todo, houve a necessidade de rever os ensinamentos e os procedimentos das enfermeiras.

Podemos dizer, após a leitura e reflexão da obra de ALMEIDA e ROCHA (1989), que, enquanto o saber de Enfermagem esteve centrado na técnica, o foco de atenção eram os materiais utilizados para a sua execução; os princípios científicos, o cuidado estava centrado na arte de fazer o procedimento e não no paciente. A técnica tinha como finalidade o conforto e a segurança do paciente. A rigidez com o horário e a maneira de executar a técnica era discutível e freqüentemente não atendia às necessidades individuais afetadas do paciente. Outra característica do cuidado é a divisão da assistência de enfermagem por

tarefas e procedimentos, principalmente na assistência hospitalar, sem centrar-se no paciente, envolvendo vários elementos da Enfermagem. Segundo ALMEIDA e ROCHA (1989, p.121): “a divisão técnica deste trabalho não se dá científica e isoladamente, mas está subordinada à lógica da divisão social do capital”.

Acompanhando as especializações médicas, surgiu a produção de técnicas de enfermagem em áreas específicas, que passou a exigir, além do domínio de técnicas básicas, as técnicas de manuseio de equipamentos de UTI, hemodiálise, centro cirúrgico e outros.

As técnicas passam a ter seu pleno desenvolvimento com o período da Revolução Industrial e, com os estudos de Frederick Winslow Taylor² sobre a gerência científica, que visavam à racionalidade e eficiência para o trabalho nas fábricas, com a utilização de métodos da ciência para controlar o trabalho no modelo capitalista, adaptando o trabalho às necessidades do capital, as técnicas são descritas passo a passo com objetivo de economizar tempo, material, movimento e energia. Como a organização e a supervisão de enfermagem eram realizadas por poucas enfermeiras na época, as descrições detalhadas dos passos das rotinas contribuíam para que os procedimentos fossem executados com menos erros, pelo pessoal menos qualificado, que no momento era o maior contingente na Enfermagem.

Segundo ALMEIDA e ROCHA (1989) as técnicas são uma área importante do saber da enfermagem e que ainda na atualidade, apesar de que seu apogeu ocorreu no período de 1930 a 1950, ainda damos ênfase ao aprendizado das mesmas e realizamos uma considerável produção científica sobre elas.

Nas palavras de ALMEIDA e ROCHA (1989, p.35) podemos encontrar um elemento chave para a resposta que buscamos sobre os discursos que afirmam que o cuidado de enfermagem é técnico:

² Para acesso a informações complementares sobre a Teoria Científica de Taylor sugerimos como referência: KURCGANT, P. (org.); CUNHA, K. C.; MASSAROLLO, M. C. K.; CIAMPONE, M. H. T.; SILVA, V. E. F.; CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J.; GAIDAZINSKI, R. R.; PEREIRA, L. L. P.; TAKAHASHI, R. T. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1991, 237 p.

Apesar das técnicas de enfermagem terem tido seu desenvolvimento pleno nas décadas de 30, 40 e 50, ainda são uma área importante do saber da enfermagem, pois dá-se ênfase ao aprendizado das mesmas no ensino formal e ainda há uma produção grande de textos sobre técnicas e de trabalhos de enfermagem sobre aplicação de determinados princípios em cuidados de enfermagem.

Nos discursos de E 5, E 10, E 11 e E 13, aparecem outros conceitos de cuidado de enfermagem. O cuidado é identificado como: necessidade de individualização do cuidar, de identificar o paciente na sua totalidade e nas suas necessidades humanas afetadas, auxílio ao paciente, estímulo ao autocuidado e sistematização do cuidado de enfermagem.

Apesar de identificarmos na RSs desses professores noções de Teorias de Enfermagem, que inclusive aparecem citadas no nosso referencial teórico, como as teorias de Wanda Horta; das Necessidades Humanas Básicas, do autocuidado de Dorothea Orem; e a Teoria Holística e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, não podemos afirmar que tenham conhecimento das Teorias ou que elas fazem parte do senso comum, de sua formação teórica, do contexto profissional, da filosofia da Instituição em que atuam, ou ainda, se essas teorias influenciam seu modo de cuidar ou de ensinar o cuidado de Enfermagem.

A leitura da concepção de Cuidado de Enfermagem de cada entrevistado citado anteriormente nos levou à reflexão de que o cuidar está relacionado com o **fazer o cuidado**, executar rotinas, procedimentos, cuidar de forma individualizada, adaptar as regras, assistir, desenvolver técnicas, prescrever cuidados e efetuar tarefas.

Somente E 8 e E 9 citam um cuidar desvinculado do **fazer**. A primeira, quando cita o cuidado como estar com: “*cuidar é estar ao lado do paciente*”. E a segunda, quando define o cuidado como um ato, “*uma atitude frente ao outro*”, dando ao cuidado uma idéia de comprometimento e envolvimento.

A idéia que referem é a de que o cuidado não é somente ação, é uma atitude que vai além do fazer. É necessário **ser humano** para estar ao lado e cuidar. Ser alguém humano implica ter valores e atos que levem à atitude de comprometimento e

envolvimento, é valorizar a forma de proceder. Essa postura frente ao outro para cuidar depende do que **somos** e como representamos o que somos no nosso cotidiano. É necessário querer cuidar de fato! É necessário estar com o paciente totalmente, fazer com o corpo (razão) o que o coração (sentimento, emoção) nos sugestiona, o que pode equivaler dizer que fazemos muitas coisas com amor e por amor.

RADÜNZ (1998, p.99), numa reflexão filosófica sobre o cuidado, convida-nos a pensar sobre as razões para que reconheçamos, no cotidiano profissional, que muito do que é cobrado pela sociedade, pelos médicos e pela própria enfermagem tem relação direta com o que se **faz** e não com o que se **é**:

Espera-se dos enfermeiros, que os mesmos saibam executar procedimentos de enfermagem; que saibam ensinar enfermagem, fazendo; que saibam orientar, demonstrando, apontando, indicando, fazendo; que saibam pesquisar, fazendo pesquisa e escolhendo bem o objeto de pesquisa, para que o resultado da mesma vá causar um impacto na prática, ou seja, no fazer da Enfermagem.

Se partirmos do princípio de que cuidar é somente **fazer** algo por alguém, poderemos vivenciar situações frustrantes na Enfermagem e carregadas de sentimento de impotência diante de pacientes por quem aparentemente não temos mais nada a fazer, parecendo que o Cuidado se findou. Mas, na verdade, quando se finda o cuidado “**fazer**”, o que importa de fato é o cuidado “**ser / estar**”: ser solidário, estar integrado aos problemas do paciente e interagir com a família... Nessas situações o conceito de cuidar mais amplo faz a grande diferença na atuação do profissional de enfermagem.

Nas RSs dos professores, a leitura de que o cuidado é técnico aparece de forma intensa. O rigor científico e a competência técnica também estão associados ao cuidado de enfermagem, mas que este somente passa a ser humanizado quando surge nos cuidadores à capacidade de “**tornar-se humano**”, de atuarem, considerando, sobretudo, a essência humana e as relações entre os indivíduos.

Apresentaremos a seguir, conforme referido no enunciado da Área Temática I, as representações e discussões sobre o **Cuidado Humanizado**. Lembramos que os depoimentos são partes selecionadas das respostas da questão: **O que você entende por Cuidado Humanizado?** (questão de número três do roteiro de entrevista). Os discursos coletados foram muito ricos, auxiliando na reflexão sobre o Cuidado Humanizado. Portanto, para facilitar a leitura, a compreensão das análises e das reflexões, definimos que em alguns momentos citaremos e comentaremos individualmente os depoimentos; em outros, quando necessário, agruparemos por afinidade temática.

E 1: “Eu entendo que não é só o cuidado técnico, você realizar um procedimento técnico, mas realizar um procedimento técnico observando as características do paciente que você está atendendo, ou seja, levando em consideração sua vida familiar, pessoal, o momento que ele está passando durante a internação, entendendo que o paciente não é uma patologia, não é um caso clínico;, enfim, é um paciente que está lá, necessitando de cuidados e que tem toda uma história por trás dele.”

No discurso de E 1, a afirmação de que o cuidado humanizado não é só o cuidado técnico nos faz resgatar os estudos de ALMEIDA e ROCHA (1989), que demonstram que, a partir do período em que a Enfermagem foi reconhecida como ciência e arte, outros saberes além dos princípios científicos tiveram que ser incorporados pela Enfermagem. Houve a construção de um vínculo pelas técnicas de Enfermagem, entre a arte e a ciência. A enfermagem ciência, fundamentando-se nos saberes da psicologia, ética, sociologia, religião e filosofia, teve que alterar o foco de sua atuação, que passou a ser o paciente e não mais os procedimentos e as tarefas.

Fica para nós a questão: será que o processo de humanização dos cuidados de enfermagem começou a partir do reconhecimento da enfermagem como ciência? Ou o movimento sempre existiu nas iniciativas de elementos da equipe de enfermagem dotados de instinto religioso, de amor ao próximo, de caridade, de solidariedade e dedicação; elementos que somavam às técnicas uma maneira de cuidar amorosa e dedicada? Ou será que a humanização junto ao paciente, que chamamos de externa, é contraditória? Pois a enfermagem internamente, nas relações entre os profissionais, ao se tornar mais

individualizados, busca ações que estimulam a competição, a falta de união e a conseqüente desumanização no próprio trabalho, com a falta de solidariedade e de companheirismo. Como conciliar a desumanização interna da categoria e a humanização externa, tendo “o humano” como referencial do seu trabalho, já que somos todos humanos, ou seja, os cuidadores e os cuidados?

Os motivos que incentivaram a humanização da enfermagem em seus primórdios e influenciam na atualidade são diferentes. Sempre existiram, e espero que existam, abnegados e cuidadores dedicados cujo maior sentido da vida é cuidar do próximo de forma terna e atenciosa; mas, na atualidade, temos buscado diferenciar os cuidados de enfermagem humanizando-os, diferenciando-os dos cuidados de outros profissionais não mais por instinto religioso, vocação caridosa, humanitarismo e abnegação. Hoje humanizar é parte do discurso de eficiência e competência e o respeito pelo ser humano é adotado por algumas Instituições de Saúde, que utilizam o tema como uma forma de melhorar a sua qualidade de atendimento, apresentando a humanização como diferencial.

Ponderamos que as Instituições que consideram o paciente um “cliente” podem estar se apropriando do discurso e prática da humanização como um instrumento de satisfação plena do cliente, utilizando a humanização como um subterfúgio para aumentar os seus lucros, estimulando os negócios e aumentando o capital e não sob a perspectiva de humanizar o cuidado em função de uma necessidade de cidadania³. Mesmo sendo essas intenções capitalistas bastante evidentes, ainda assim entendemos que podem ser meios para se atingir a humanização nos hospitais.

E 2: “O cuidado humano é onde a gente sente as emoções do cliente. O cuidado humanizado é aquele onde eu tenho que ser humana para fazer um cuidado humanizado. (...)”

³ Pela complexidade de definição do termo, sentimos a necessidade de esclarecer que nos referimos aos direitos civis e políticos do Estado para com o indivíduo e dos deveres do indivíduo para com o Estado.

Ao discurso de E 2 gostaríamos de acrescentar as palavras de SÁ (2001, p 113 e 114), que traduzem nosso sentimento ao ler o depoimento:

Penso hoje que ser profissional é também perceber a nós mesmos e sermos simplesmente reais, palpáveis, humanos, com defeitos e virtudes. Enfim, sendo honestos com nós mesmos e com os indivíduos com os quais nos comunicamos no decurso de nossas vidas profissionais. Nossos clientes não são ratos em laboratório; nossas atitudes profissionais não são experimentos científicos (só) e nossas palavras e gestos não são programados em um disco rígido de computador. É preciso que acreditemos que somos humanos, que também falhamos e que, graças a Deus, muitas vezes acertamos no que fazemos.

O homem é um ser emocional, mas deve ser considerado como um todo: físico, mental emocional, constituído de corpo, mente e emoção. Nascemos com a capacidade de sentir emoções e de pensar. As normas, conceitos culturais, religiosos, sociais e políticos em que cada ser humano está inserido e onde adquirir suas vivências vão compor o seu contexto e vão bloquear ou ocultar suas emoções ou estimulá-las a fluírem e serem percebidas.

As emoções também nos levam a tomar decisões e modelam nosso comportamento. Segundo CASTRO (1998 p. 47): “Cada família e cada sociedade possui o seu repertório de emoções permitidas, e a criança vai aprendendo a utilizá-las, levando-as como modelo em sua vida futura”.

Podemos dizer que **somos o que sentimos e vivemos** e as emoções são a demonstração de nossos sentimentos e são percebidas na leitura dos signos, símbolos e sinais⁴ utilizados para transmitir e receber mensagens. Entendemos que “sentir as emoções dos clientes” implica estar atento, comprometido e envolvido com o paciente.

⁴ “Signos são estímulos que transmitem uma mensagem; qualquer coisa que faça referência a outra coisa ou idéia. São convencionais e arbitrários;
Símbolos são signos que têm uma única decodificação possível;
Sinais são signos que tem mais de um significado” CASTRO, Valéria. **O ser Emocional**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

No discurso de E 9 identificamos esse comprometimento e envolvimento com o paciente:

“O cuidado humanizado é o compromisso moral e profissional em relação ao outro. É o profissional ter uma consciência crítica de seus atos e atitudes, tendo no seu dia-a-dia uma postura de empatia em relação ao outro.”

Salientamos o discurso de E 3:

E 3: “A palavra cuidar, vendo no dicionário, é o zelo, zelo que a gente tem que ter com a pessoa, com o objeto que a gente tem. O cuidado humanizado para mim vai além da prestação do serviço técnico, entra algo mais, na realidade eu chamo isso de amor. Na minha concepção, já é humano a gente ter uma relação legal. Cuidado humanizado entra um algo mais: quando você vai fazer uma técnica com o paciente e você conversa com ele, você dá uma atenção pequena de segurar na mão, explicar o procedimento.”

As palavras de E 3, *“chamo isso de amor”*, nos provocaram um alerta: o amor é um sentimento que muitos já definiram, mas que contém um universo de interpretações e jamais terá uma definição final que contemple todas as possíveis interpretações. Será que definir cuidado humanizado não possui a mesma dificuldade?

Não elegemos, ao definir os objetivos deste estudo, delimitar um conceito de cuidado de Enfermagem, mas nos propusemos a analisar as RSs dos professores a fim de compreender como ensinam o cuidado de Enfermagem humanizado. Portanto, definir amor e/ou definir o cuidado humanizado seria, no mínimo, um descuido com o método das RS e uma depreciação às suas possibilidades de amplitude e complexidade.

SILVA (2000, p. 119) em sua publicação **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**, faz alusão a uma forma amorosa de cuidar e de humanizar os hospitais. A autora nos aconselha, diante de situações profissionais e momentos difíceis, fazer sempre o seguinte questionamento: *“Se eu fosse agir por amor, como agiria agora?”* Também esta estudiosa das maneiras de cuidar em Enfermagem apresenta o amor como instrumento do cuidado humanizado em Enfermagem.

E 4: “(...) Ao realizar cuidados de enfermagem, você está interagindo com este paciente, então não é só ir lá e fazer o cuidado, sabendo que você pode virar ele de um lado e de outro. É na medida do possível você estar interagindo ou conversando, explicando o que vai fazer, ouvindo também, porque, às vezes, a pessoa vai fazendo e não vai ouvindo o paciente. É escutar bem o que ele fala, para a gente poder entender um pouco o que ele está sentindo. (...) estar conversando com o paciente, explicando, ouvindo o que ele tem a dizer é muito importante e dentro do que ele está falando, às vezes, você pode mudar a sua estratégia do que você ia fazer. (...) você pode estar mudando a maneira ou tentando fazer de uma maneira que ele se sinta melhor.”

O discurso de E 4 chama a atenção para um aspecto do cuidar que envolve a comunicação interpessoal e interação da equipe de enfermagem com o paciente. Uma das tarefas do profissional de saúde é perceber as mensagens dos pacientes (verbais e não verbais) e entender seus significados. Somente a partir dessa percepção o profissional deve estabelecer um plano de cuidados. Somente uma comunicação efetiva vai permitir que o profissional de saúde ajude o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los e solucioná-los (SILVA,1996).

E 5: “O cuidado humanizado é quando você vai prestar assistência de enfermagem e você não fica restrita só à técnica, àquele desempenho técnico mesmo, das fases da assistência. Eu acho que é quando você vê o paciente como um todo. (...) A rigidez nas regras do hospital, às vezes, dificulta esse trabalho da gente e a gente tem que quebrar mesmo esse paradigma. Para quem quer tomar o remédio quinze minutos antes, não custa esperar, não custa a gente ser mais flexível nessa hora. Então eu acho que o cuidado humanizado é isto; é você olhar a vontade do paciente também e assisti-lo dessa forma.”

Quando falamos em rigidez nas regras e falta de flexibilidade na maneira de executar procedimentos, um dos saberes da Enfermagem: o conhecimento e a capacidade de executar técnicas soam ruidosamente e nos fazem refletir que o cuidado técnico ainda pode ser a prática de muitos elementos da Enfermagem. Mas é música para nossos ouvidos

e alento para nosso coração identificar nas RSs levantadas nas entrevistas atuações no cotidiano dos sujeitos da pesquisa que sinalizam um agir e reagir diferentes: discursam a necessidade de flexibilidade das regras e maneiras de cuidar individualizadas que respeitem a singularidade de cada indivíduo.

E 6: “(...) quando eu tenho que pensar na humanização é quando eu digo para o aluno que ele tem que estar conversando com o paciente, não estar voltado só para a área que ele está tratando ou para o procedimento que ele está fazendo. (...) a gente tem que lembrar que está fazendo essa medicação em alguém. E a mesma coisa com o curativo; eu não posso nunca perder a parte humana do cuidado que eu estou prestando. (...) É cumprimentar o paciente quando você entra no quarto, é conversar, e com isto eu vou me aproximando dele e ele se sente respeitado, sente que a enfermeira está vendo-o e não está vendo só a sua necessidade.”

Em seu discurso, E 6 demonstra que saber ouvir e falar com o paciente, conversar e interagir com ele faz a diferença entre um cuidado técnico e um cuidado humanizado. O ser humano, de uma maneira geral, respeitando-se as exceções, valoriza as diversas formas de comunicação e se apropria delas como forma de sentir-se integrado e interagindo com o contexto de seu cotidiano. Em Enfermagem, o ouvir requer interação; não basta ouvir as palavras para compreender a mensagem que elas contêm, é necessário interagir com o paciente, “a interação pode se dar por um olhar (...) um leve toque no ombro ou no braço. Verbalize, se necessário, um ”se precisar de um par de ouvidos , conte comigo”e, acima de tudo, faça o que o coração diz” (SÁ , 2001, p. 23).

Lembramos que, em certas situações, o profissional de enfermagem se vê impotente, sem palavras, sem saber como agir, mas, para esses momentos, identificar as necessidades do paciente, se precisa de apoio, e saber ouvir o que ele tem a dizer é muito eficaz. No discurso de E 6 é representado o despertar de um aspecto a ser analisado: será que estamos nos comunicando adequadamente? Não basta comunicar algo, apenas explicar; a comunicação eficiente exige que se use de franqueza e de transparência. Quantas vezes, em nossa vivência profissional, fomos surpreendidos por um olhar de repreensão, de incredulidade e desconfiança do nosso paciente diante da nossa comunicação inadequada

ou mesmo do mutismo que estabelecemos, usando como justificativa as regras das Instituições, a ética médica e de enfermagem ou até a política de não envolvimento com os pacientes!

O paciente verbaliza, fala; nós demonstramos que ouvimos, mas estaremos escutando de fato? A palavra ouvir é entender, perceber os sons pela audição; escutar é ouvir com atenção, atender (BUENO, 2000).

E 7: “Acho que todo mundo sabe que, para se fazer o cuidado de Enfermagem, você tem que humanizar (...).”

Sobre a RS do que é humanizar de E 7, gostaríamos de tecer as seguintes questões: se todos soubessem que, para fazer o cuidado de enfermagem, teriam que humanizá-lo, por que o enfoque maior da instrução formal dos profissionais ainda é a competência técnica? Provavelmente será que muitos entendem que a aplicação de tecnologias é uma forma de humanizar. Até entendemos que sim em muitas ocasiões, por exemplo: a utilização de um medicamento de ponta em pacientes necessitados. Evidentemente que quem concebeu o medicamento pode ter sido estimulado por um ato de humanização, mas pode também ter sido provocado pela vontade de enriquecer ou pela vaidade. Entretanto, independente da causa, a utilização do medicamento novo pode ser um ato de humanização, pois insere no seu interior a perspectiva da cura e do bem-estar daquele que necessita.

Saber que existe necessidade de humanizar assegura a prática da humanização no cuidado de Enfermagem? Evidentemente que não, pois a Enfermagem, embora praticada por e em seres humanos, pode ser revestida de interesses pouco afetos ao processo de humanização. O próprio capitalismo, muitas vezes, se reveste de discursos humanizados para dissimular interesses de exploração humana, escravidão, violências e atentados contra o ser humano.

E 8: “(...) ver a pessoa como um todo, com respeito ao seu corpo, respeito à vergonha dele, a sua inibição, respeitar isto e proteger o paciente desses momentos. Não é só efetuar a técnica (...) olhar na papeleta o nome da pessoa,

tentar chamar pelo nome, isso e outros detalhes, como deixar o paciente coberto, eu acho que tem muita coisa: tentar sentar do lado do paciente, pegar na mão dele. Com essa troca de calor, troca de energia que a gente passa, ele vai sentir mais confiança, ele vai sentir mais calor humano. Ele vai se sentir tão sozinho dentro de um hospital, que a gente sabe que a maioria acontece, então determinadas atitudes a gente demonstra para a equipe o cuidado humanizado.”

Emerge do discurso de E 8 o respeito na Enfermagem relacionado ao cuidado humanizado. Na atualidade, o que temos testemunhado é a falta de respeito tanto das pessoas para consigo mesmas como para com o próximo. Estamos vivendo numa sociedade individualista, egoísta e violenta. O reflexo dessa realidade pode ser sentido na relação de ajuda que deve se estabelecer na prestação de cuidados de Enfermagem. Identificamo-nos com as palavras de MOTA (1998, p.25), por traduzirem com clareza o enfoque ético que entendemos estar contido no respeito em Enfermagem: “O respeito é um direito do ser humano em todas as fases do seu ciclo de vida, do nascimento à morte. E este tem como base o proteger, aumentar e preservar a dignidade humana”.

No depoimento de E 3, ao ser interrogada sobre o que é cuidado de Enfermagem desumanizado, a “falta de respeito” foi acusada de promover a desumanização, como podemos averiguar na leitura:

“Cuidado de Enfermagem desumanizado eu chamaria da falta de respeito com o ser humano. O princípio de tudo não é só dar cuidados, mas respeito com o ser humano com o outro, com a outra pessoa que está no lado da gente, no trabalho, no hospital, em casa. E se a gente for ver em termos de sociedade atual, o que falta é o respeito com o outro, então isso acaba afetando o cuidado lá no hospital. (...) É desrespeito comentários no posto de Enfermagem e na passagem do plantão (...).”

E 12: “É além de você prestar assistência pelo que está prejudicado, você cuidar pensando na pessoa, que aquela doença, aquele ferimento está em uma pessoa e essa pessoa tem toda uma história antes de estar aqui no hospital.”

Partindo do princípio de que cada indivíduo possui uma história de vida em que ela é constituída de muitos elementos e significados, podemos argumentar que precisamos identificar o significado real das histórias de cada um. Frequentemente, nos cuidados ministrados por profissionais de Enfermagem, é lembrado, para fundamentar a qualidade do cuidado, o ditado popular que afirma: “devemos fazer ao próximo o que gostaríamos que fosse feito conosco ou com nosso familiar”. Entendemos que nessa afirmação aparece uma forma equivocada de planejar o cuidado de Enfermagem. São os nossos significados e o dos nossos familiares que devem ser considerados ou os dos pacientes / clientes? Pois trata-se de um cuidado centrado no cidadão, nas suas individualidades e não no outro ser humano com outras necessidades. O outro pode valorizar e sentir de forma totalmente diferente; evidentemente que existem os limites éticos no respeito à individualidade.

Em substituição à frase popular discutida no parágrafo anterior, gostaríamos de criar a afirmação: “Devemos sentir e adotar o mundo da pessoa de quem estamos cuidando como se fosse o nosso”, embora se trate de uma tarefa nada fácil. Encontramos em TIGHE (1996, p.29) dicas de estratégias para explorar os significados das histórias de cada pessoa:

Pedir outros adjetivos que se relacionem com a palavra. Perguntar sobre as experiências das pessoas que se relacionam com a experiência atual. Pedir à pessoa para dizer o que significa a palavra para ela e dar a nossa definição da palavra e compará-la com a da outra pessoa.

Nem sempre esses significados são verbalizados pelos pacientes e muitas vezes temos que usar de conhecimentos que não são propriedade específica da Enfermagem, mas que estão nas Ciências Humanas e Sociais.

Uma das classificações possíveis da sinalização humana, que não envolve as palavras por elas mesmas, é o estudo dos movimentos do corpo (cinésica), do uso que o homem faz do seu espaço (proxêmica), das características físicas, do toque (tacêsica), dos

artefatos usados por ele e do para-verbal ou paralinguagem (SILVA, 2001, p.15). Para descobrir a história de cada pessoa, precisamos voltar a prestar atenção em como ela se movimenta, como ela age, como ela se expressa, de forma mais inteira, pois é isso que nos dá a indicação de sua personalidade, das suas emoções e de suas reações a respeito da situação que ela vivencia, além dos vínculos que ela tem (SILVA, 2001, p.14).

E 13: *“Cuidado humanizado para mim é o levar em consideração o humano, não apenas a doença é cuidado humano.”*

A enfermagem segundo SOUZA (1999, p.196), “tem um conhecimento validado pela ciência e trabalha articulado ao modelo biomédico de tratamento”. Considerando que o modelo biomédico de cuidado é centrado nos diagnósticos e nos tratamentos das doenças, a fim de se obter a cura, podemos afirmar que, ao executar as prescrições médicas, o que a Enfermagem realiza quase que totalmente alienadamente, estamos atendendo seres humanos passivos que se submetem aos procedimentos técnicos, na maioria das vezes, sem questionamentos. Também estaremos ignorando o indivíduo, o ser humano que está doente, sua família, sua comunidade, seu contexto e história de vida.

Esse modelo biomédico que sobreviveu à evolução da medicina e está presente na atualidade delega ao médico um poder que entendemos sempre foi a base e a justificativa da hegemonia presente nessa profissão. Como a Enfermagem tem dificuldade de compreender seu próprio processo de trabalho, acabamos legitimando essa hegemonia, mesmo não a aceitando inteiramente. Entendemos que estamos estudando, investigando o nosso trabalho no sentido de compreender a natureza exclusiva dos cuidados de Enfermagem e, posteriormente, estabelecer um consenso (se possível) de qual é o processo de cuidar da Enfermagem.

Na definição de cuidar de E 1, encontramos outra referência para a discussão do objeto de trabalho da Enfermagem:

“Cuidados de Enfermagem eu entendo que é atender o paciente em todas as suas necessidades, prestando cuidados que só a Enfermagem tem capacidade para realizar. Diferente do cuidado médico, o cuidado de enfermagem consiste em atender o paciente na sua plenitude.”

A essa reflexão gostaríamos de acrescentar a citação de LEOPARDI (1999, p.60):

As estruturas conceituais que costumamos chamar de teorias de enfermagem, foram sendo construídas a partir de conceitos de autores de outras áreas do conhecimento, sobre o homem e sobre saúde, aceitos e expandidos pelos enfermeiros, adaptados tecnologicamente para se tornarem maneiras de fazer Enfermagem.

Ainda relevando o discurso de E 13, gostaríamos de acrescentar uma reflexão que consideramos valiosa: cuidado humano não é o cuidado com a doença do ser humano, e sim, o cuidado com sua vida. Sua vida não pode ser pensada somente como preservação de espécie, manutenção do ciclo vital. Devemos cuidar de um ser humano de forma individual, mas não podemos perder de vista sua dimensão social, cultural, política, religiosa. Temos que definir em que dimensões realizaremos os cuidados de Enfermagem, a qual pode ser ampla e complexa, ou minimizada e reduzida. Ela vai definir se estaremos cuidando da “doença” ou do “doente / humano”. Se for do doente / humano, teremos a grande possibilidade de estar fazendo o “cuidado humanizado”.

A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é um joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida moral), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação ao sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?) BOOF (2001, p.143).

Estrutura Relevante 2

Humanizar versus Desumanizar

Na investigação que realizamos sobre a concepção do que é **humanizar**, buscamos também a negação do conceito que é **desumanizar**, numa tentativa de trazer clareza ao termo. BUENO (2000) define **desumano** como ferino; cruel; impiedoso, e o ato de **desumanizar** como tornar cruel, desumanar. **Desumanizado** para o autor é aquele que não possui senso de humanidade, enquanto que a **desumanidade** trata da crueldade e da impiedade.

Para a análise dos discursos que selecionamos para a discussão desta Estrutura Relevante, buscamos realizar um exercício que, podemos dizer, possui características dialéticas, pois tem como objetivo levantar e analisar partes de um todo relacionadas ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre o cuidado de enfermagem humanizado, apontando contradições.

KONDER (2000, p. 46) recomenda que:

Para conhecer as totalidades em que a realidade está efetivamente articulada (em vez de procurar enquadrar nelas a realidade), o pensamento dialético é obrigado a um paciente trabalho: é obrigado a identificar, com esforço, gradualmente, as contradições concretas e as mediações específicas que constituem o “tecido” de cada totalidade, que dão “vida” a cada totalidade.

Apresentamos a seguir alguns discursos que ilustram a concepção de desumanização do cuidado de Enfermagem. Eles foram agrupados por afinidade, e para facilitar a leitura e análise das RSs, acrescentamos nosso comentário na sequência dos discursos.

E 1: “(...) o cuidado desumanizado é aquele que a gente vai, faz a técnica por fazer, muitas vezes nem sabendo o que a gente está fazendo, porque eu acho que um paciente, mesmo que você tenha dois pacientes com a mesma patologia, eles não são iguais. Dois pacientes com a mesma patologia, você não pode tratar

igualmente, sempre há uma diferença entre um e o outro, então, quando você trata todos como iguais, você está fazendo um cuidado desumanizado, você não está colhendo a história do paciente e vendo o que ele realmente precisa.”

E 2: *“Acho que não adianta a gente ser 10 em técnica e zero no relacionamento humano. Nós temos que ter esta parte humana, principalmente nós da Enfermagem temos que ter este carinho, esta parte humana de saber lidar com as emoções para poder estar passando isto para o aluno.”*

E 3: *“(…) eu acho o desumanizado é se esquecer que aquela pessoa que está ali deitada precisa de compreensão, de respeito, de solidariedade. Se você perde estes princípios, você só faz o técnico e não adianta nada.”*

E 4: *“Desumanizado que eu vejo não na maneira de maus tratos, mas a pessoa que não tem interesse, ou que está fazendo aquilo porque quer galgar alguma coisa para si ou fazendo dinheiro para poder fazer cursinho para faculdade. (...) Tem pessoas que podem até estar fazendo a técnica bem feita, mas você não sente que aquilo é o que a pessoa quer. Então, por mais que ela faça a técnica bem feita, vai sempre faltar alguma coisa e esta coisa que falta que eu acho que é a parte da desumanização.”*

E 9: *“O Cuidado humanizado para mim é quando você enxerga no outro um ser humano com todas as suas necessidades, tanto no físico como no emocional e também no espiritual. É o profissional não tornar o seu cuidado uma coisa mecanizada.”*

E 10: *“O desumano é aquele cuidado que a pessoa faz mecanicamente, entra no quarto, faz sua técnica com uma cara ríspida, não conseguindo nem dar um sorriso. Acho que, na verdade, nesse meio de saúde, tem pessoas muito descontentes, então acabam passando este cuidado desumano. A pessoa cuida com cara amarrada, não dá um bom dia, paciente aperta a campainha e ela fica lá tocando, comadre suja do lado da cama, eu acho que isto são cuidados desumanizados. (...) é não falar de maneira delicada com o paciente ou mesmo*

com os acompanhantes que estão ali envolvidos na saúde do cliente. É aquela pessoa com mau humor mesmo, má vontade, sempre reclamando ou falando mal de chefia dentro do quarto do paciente (...).”

Os professores E 1, E 2, E 3, E 4, E 9 e E 10 salientam o aspecto tecnicista do cuidado desumanizado, chamam a atenção para um “fazer” robotizado, por repetir rotinas, e mecanizado, por não pensar, não sentir no que está realizando. Desumanizar para esses professores está relacionado ao cuidado de Enfermagem despersonalizado, generalizado, num profundo desrespeito à singularidade dos indivíduos, falta de compreensão, de respeito e solidariedade e também desprezo pela história de vida de cada um. Exemplificam a desumanização na figura de um robô: aquele que é capaz de realizar ações programadas, mas que não consegue realizar adaptações, ser criativo, não consegue interagir com o paciente e perceber sentimentos ou ter emoções.

O profissional de Enfermagem mecanizado, robotizado, normatizado, desprovido de pensamento crítico e de autoavaliação e sem a capacidade de ter sentimentos e se emocionar e reagir, **realmente** desumaniza o cuidado de Enfermagem.

Também a falta de delicadeza, a má vontade, o mau humor, a cara “amarrada” dos profissionais aparecem relacionados ao descuido e ao ato de desumanar: tornar desumano o ser humano que cuida e aquele que está sendo cuidado.

Na citação de WALDOW et al (1995, p. 26), encontramos identificação com nossos comentários sobre a mecanização dos cuidados:

Com o passar do tempo, o cuidar tornou-se mecanizado, fragmentado e tanto as pessoas que cuidam como as que recebem cuidado parecem ter se esquecido de que esta habilidade ou qualidade, além de constituir uma ação, é um valor, um comportamento, uma filosofia, uma arte e ciência.

E 5: *“(...) então o cuidado desumanizado é aquele em que você só quer ver as regras, horário cumprido e o paciente, coitadinho, não tem vontade própria, ele acaba embarcando naquilo lá e até ele acaba nem exigindo para ele mesmo uma coisa mais humana (...).”*

Durante a nossa carreira profissional, em nossos relacionamentos profissionais, vivenciamos momentos de dor, desespero, tristeza, despedida, perda, desânimo, solidão, humilhação... um turbilhão de fatos que nos marcaram, emocionaram e nos modificaram. É claro que tivemos grandes alegrias, momentos de reconhecimento, gratidão, alívio e prazer após longas e trabalhosas jornadas, e estes nos mantiveram na profissão e nos estimularam a contribuir em melhorias para a evolução da arte e da ciência Enfermagem.

O depoimento de E 5 resgatou em nós uma dessas lembranças doloridas: testemunhamos em nossa carreira profissional, várias vezes, o paciente submetido, entregue, passivo, calado, oprimido e excluído de vontade e amor próprio, de seus pertences, de sua família, de sua dignidade, de sua cultura e de seus direitos civis.

Este é um tema para nós muito inquietante: quais as causas dessa passividade do paciente? O poder de quem cura, ou cuida, tem direito e nos dá autoridade de desencadear impotência, humilhação e dependência em quem está sendo cuidado? As vestes alvas de nossos uniformes, as paredes alvas dos hospitais, o vocabulário científico, a tecnologia e o conhecimento que detemos nos afastam do paciente. Quando deveriam nos aproximar, lutarmos para que as desigualdades diminuíssem e os cuidados à saúde fossem mais iguais no que se relaciona à qualidade, ao tratamento e aos direitos! A humanização não é somente o trabalho de um indivíduo gerando amor, é o somatório de vários indivíduos trabalhando com conhecimento, disciplina, com direitos e deveres assegurados. Talvez atitudes consideradas superficialmente de humanização guardem uma profunda desumanização, pois a medida do sorriso fácil, o afago hipócrita pode ser proporcional à quantidade de dinheiro que o cidadão detém.

Observamos que para quem é excluído, e este não volta mais, do sistema de saúde, receber atenção de um profissional de saúde é para ele quase que um favor, uma caridade que realizamos. Ele se contenta com pouco, pois muitas vezes, e podemos dizer quase sempre, seus parâmetros para avaliar a forma como está sendo atendido são nivelados pelo mínimo e nem conseguem reivindicar o que nunca tiveram acesso em função de sua classe social, desconhecem seus direitos e deveres e também serviços de saúde de qualidade e cuidados de enfermagem humanizados e diferenciados.

Em BOOF (2001, p.141), uma reflexão, um caminho, uma esperança e um alento para nossa inquietação:

Como tratar esses condenados e ofendidos da terra? A resposta a esta pergunta divide, de cima para baixo, as políticas públicas, as tradições humanísticas, as religiões e as igrejas cristãs. Cresce mais e mais a convicção de que as estratégias meramente assistencialistas e paternalistas não resolvem, como nunca resolveram, os problemas dos pobres e dos excluídos. A libertação dos oprimidos deverá provir deles mesmos, na medida que se conscientizam da injustiça de sua situação, se organizam entre si e começam com práticas que visam transformar estruturalmente as relações sociais iníquas.

E 7: “É tudo o que é feito mecanicamente, sem nenhum afeto (...) Tudo bem, a gente ganha pouco, infelizmente não é uma profissão muito valorizada; mas, a partir do momento em que eu estou aqui, eu tenho que fazer tudo bem feito, e fazer bem feito, no meu ponto de vista, não é aquela coisa: eu tenho que passar o meu plantão e ir embora sem nenhuma falha. Não! Eu tenho que passar o meu plantão em ordem, sim, mas exige que eu também “esteja em ordem”, que esteja tudo certo com respeito ao paciente, e a maneira de fazer seja adequada, não tecnicista principalmente.”

Não acreditamos que alguém possa ser feliz sem afeto ⁵. Mas como consegui-lo se a tônica da vida tem sido a indiferença, a frieza e o não envolvimento? Bem que se tenta, mas parece que é cada vez mais difícil manter um relacionamento. São muitas as interferências que embaraçam as melhores intenções. Entendemos que a modernidade gerou o individualismo que, por sua vez, foi gerado por uma sociedade moderna capitalista e influenciada pelo Neoliberalismo ⁶.

⁵ Esclarecemos que nos referimos à definição literal de afeto: afeição, amizade, simpatia, doçura, ternura, delicadeza. Não foi considerado o afeto sujeito atingido por enfermidade. BUENO, Silveira. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000.

⁶ Para esclarecimento desta abordagem, sugerimos: COMBLIN, José. **O Neoliberalismo**: ideologia dominante na virada do século. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 187 p.

Segundo RESTREPO (2000), o tema afetividade é uma magnífica porta de entrada para começar uma reflexão sobre os maus tratos e a intolerância que se propagam, de maneira sutil, no mundo contemporâneo. Não conseguimos ainda conceitualizar o importante papel da afetividade no nosso cotidiano. Para a pesquisa científica é considerada até um estorvo, o que é preocupante para pesquisadores. O autor recomenda que devemos vencer o analfabetismo afetivo e, inclusive, fomentar a afetividade nos nossos espaços cotidianos. Não devemos perder de vista que existe uma dimensão afetiva da doença e do sofrimento.

FREIRE (1999) refere que muitos seres humanos só vivem, não existem, pois não encontram ou não conseguem dar um significado à sua vida. Essa citação vem ao encontro da RS de E 7: *“que eu também esteja em ordem”*. Refletir sobre o que é estar em ordem para cuidar ou como fico em ordem para cuidar trazem à tona vários espectros: quais os fatores que levam um indivíduo a escolher esta ou outra profissão? Esse tipo de trabalho traz prazer, realização, reconhecimento, remuneração adequada, dá sentido à vida? O que somos e as opções que fazemos podem nos trazer uma vida mais plena e realizada ou pode nos trazer desprazer, descontentamento e um grande vazio criado a partir da insatisfação? Se estamos infelizes como obteremos felicidade e prazer no cuidar? Se não estamos felizes, como poderemos obter felicidade e prazer no cuidar?

No discurso de E 9, também identificamos a necessidade de gostar do que se faz para fazer bem feito:

E 9: “Você age de uma maneira desumanizada, em primeiro lugar, quando você não gosta daquilo que faz. Se você não gosta daquilo que faz, você não realiza aquilo com prazer, você não consegue ter uma atitude adequada em relação ao outro.”

E 10: “Eu acho que uma outra situação é quando nós não temos o compromisso necessário com o outro, quando o profissional faz as coisas por fazer, de uma maneira extremamente mecanizada, quando o profissional enxerga o paciente como objeto e não como ser humano, quando o profissional não tem a ética no seu dia a dia que é norteadada em valores e princípios fundamentais para o ser humano.”

E 10 aponta para a falta de ética valores e princípios dos profissionais como instrumento de desumanização. Sobre a falta de ética, SILVA (1998, p. 159), o autor, ressalta:

O termo "falta de ética" pode ser questionado sob a perspectiva de que sempre existe uma ética, calcada em valores que podem ser interpretados como "bons" ou "maus".

Nesse estudo, SILVA (1998) observou que, nas RSs analisadas, a falta de ética estava relacionada de "forma intensa" ao não cumprimento das normas determinadas pelo código de ética da enfermagem. Outros fatores que emergiram foram a imposição de valores pessoais, o "recebimento de benesses" e "a falta de reflexão sobre o agir".

Para SÁNCHEZ-VÁSQUEZ (2000, p.136), quando falamos em valores, "temos como presente a utilidade, a bondade, a beleza, a justiça etc., assim como os respectivos pólos negativos: inutilidade, maldade, fealdade, injustiça etc. ".

Todo indivíduo pertence a uma época e, como ser social, está emerso numa certa cultura e numa rede de relações que compõe seu contexto e que são o palco de suas vivências. Sua representação, o que ele é, quais são seus valores, seu juízo de valor é conformado segundo as normas, critérios e valores que estão presentes no contexto social a que pertencem, mas os valores em si, segundo SÁNCHEZ-VÁSQUEZ (2000, p.145):

O homem pode manter diversas relações com os valores: conhecendo-os – isto é, percebendo-os e captando-os; produzindo os bens em que se encarnam (...). Mas os valores existem em si, independentes das relações que os seres humanos possam manter com eles.

Na tentativa de revelar a RS de E 10, gostaríamos de acrescentar a possibilidade de que esse professor esteja se referindo aos valores ditos morais, que são aqueles que resultam de atos e produtos humanos, que são produzidos ou realizados de modo consciente e livre. Estes serão valorosos ou não, se os resultados e as conseqüências que afetam os outros envolvidos forem considerados no sentido moral: "bons" e / ou "maus". As idéias de bom e mal se alteram conforme muda a sociedade e o tempo transcorre, e os valores, apesar

de serem considerados imutáveis, se associados ao juízo moral, podem ser interpretados de forma diferente: o que é valoroso para mim pode não o ser para outros.

Quando E 10 aponta a falta de valores, não estará questionando a falta ou inadequação dos valores praticados? Ou seja, o discurso é de valorizar o ser humano, mas a prática demonstra a desvalorização ou desumanização do cuidado pelo profissional de Enfermagem.

Outra idéia inquietante da citada professora é a falta de princípios fundamentais para o ser humano. Literalmente, princípio é início, mas estas palavras, no senso comum, ganham novos sentidos se o enfoque for moral. Estará se referindo aos conceitos que assimilamos durante a nossa vida e que, acumulados, definem o que somos?

Talvez devêssemos, para melhor analisar esta RS, trazer à tona o conceito de ser humano para, então, identificar os princípios do ser humano que cuida e do que é cuidado.

E 11: *“Desumanização é o que eu vejo muito hoje. (...) enquanto era assistencial, eu não podia fazer a humanização, eu trabalhava na CI, a gente tinha toda aquela tecnologia e tinha que fazer, fazer porque o paciente ia morrer e você tinha que ser muito técnico, muito preciso, muito ágil, muito rápido e (...) mas não trazia a realização que eu queria e era uma briga, porque era uma profissional mal humorada. Eu queria mudança de decúbito, não tinha, o que eu queria fazer no dia se dava era uma briga com o funcionário, porque o pessoal queria descansar. Então, para mim, o desumanizado é isso, é o funcionário fazer as necessidades básicas do paciente. Acabou aquilo, acabou, no geral a gente observa isso.”*

Para E 11, a tecnologia e a humanização são inversamente proporcionais: quanto mais tecnologias, menores são as possibilidades de humanização do cuidado. Seu depoimento demonstra que, principalmente nas unidades de cuidados intensivos, que abrigam pacientes graves, com alta complexidade de atendimento, o uso de tecnologia privilegia o tecnicismo, requer destreza, habilidade, competência técnica e, muitas vezes

dificulta, sobrecarrega quem realiza o cuidado de enfermagem. E também exige que se elejam prioridades no cuidar, que sejam atendidas somente às necessidades emergenciais do paciente para manutenção de sua vida. O enfoque dos cuidados de enfermagem nessas unidades de alta complexidade é a manutenção da vida e não o atendimento integral do indivíduo. Nesta RS encontramos a negação de possibilidade de humanizar o cuidado em função de certas situações em que se encontra o paciente, uma desumanização prescrita como necessária ou natural.

Quando E 11 relata que brigava contra a desumanização do cuidado de enfermagem na unidade de cuidados intensivos onde respondia pelo serviço de enfermagem, demonstra que seu trabalho não trazia realização profissional. Talvez esta possa ser a mesma situação de outros profissionais: conflito e contradição. Mas fica na RS desse professor o alerta de que muitas vezes, quando precisamos nos aventurar por outros caminhos para conseguir mudanças de que necessitamos, como por exemplo, sair da assistência para a docência de Enfermagem, é necessário um novo olhar sobre os mesmo lugares vivenciados anteriormente, como é o caso desse nosso entrevistado.

As possibilidades de humanização e desumanização estão sempre presentes, não importa o índice de complexidade da unidade em que o paciente se encontra ou seu quadro clínico. Portanto, conforme o grau de alienação, o que é considerado humanizado pode ser desumanização do cuidado, e a ciência, o amor e a caridade podem estar contribuindo para que a ação de humanização/desumanização se fortaleça e se transforme em cuidado de enfermagem.

E 2: *“É quando você só é voltado em técnica; quando você vai lá, faz a técnica e ponto final, acabou. Então, desumano é aquele que não dá um bom dia ou boa tarde, não toca, não sabe ouvir, não sabe se comunicar, e simplesmente vai lá e realiza uma técnica e acabou.”*

E 5: *“O cuidado de enfermagem desumanizado ou desumano é aquele que não vê a necessidade do paciente, só quer cumprir as regras, quer tocar o serviço, como o povo fala dentro do hospital: vamos tocando, tocando e levando ... e nem sempre as coisas são bem feitas no sentido de cuidar desse outro lado da assistência de enfermagem, (...).”*

E 6: *“É quando a gente realmente esquece que quem está ali, em cima da cama, é um ser humano.”*

E 12: *“Quando você começa a tratar a pessoa não pelo nome, você trata a pessoa como um número ou uma patologia, e ao cuidar, fazer qualquer procedimento, vai com movimentos bruscos, violentos, maltratando, discriminando. Para mim é isso e existe muito ainda na profissão.”*

E 13: *“Em experiências anteriores, a gente vê muitos exemplos de cuidados desumanizados (...) quando você coloca o paciente, o seu cliente não como uma pessoa, mas como uma norma, como uma rotina, (...) impor horário para as visitas, para o banho, mesmo que o paciente necessite antes. (...) há um pavor que o assunto seja encaminhado para a Comissão de Ética (...). Nós já tivemos problemas, por exemplo, (...) o braço da criança ficou com a mão inteira necrosada, quase precisando ir para centro cirúrgico para desbridar por um soro que passou, esqueceu. Então é complicado, daí se depara com uma série de problemas: problemas de nível econômico, problemas de pessoal, problemas de material; mas existe, sim, talvez o problema aí da desumanização mesmo, das pessoas estarem trabalhando por estar, e enfermagem para mim não dá pra trabalhar por trabalhar, você tem que realmente vestir a camisa, tem que respeitar a pessoa que está dependendo, naquele momento, de você.”*

Acrescentamos os discursos de E 2, E 5, E 6, E 11 e E 13, Representações Sociais que ilustram com exemplos o cuidado desumanizado.

Ao tecermos nossos comentários, buscamos analisar as diversas RSs sobre este tema numa tentativa de aproximação e entendimento da realidade como um todo, mas gostaríamos de acrescentar mais um aspecto aos que se apresentaram como contribuição à reflexão do tema. FORTES (1998) confirma, em seus estudos, que nos serviços de saúde, principalmente nos hospitalares, é que mais prevalecem infrações aos direitos dos cidadãos. Pessoas são submetidas a condutas paternalistas ou autoritárias, são tratadas como meros objetos de lucro, de interesses corporativos e políticos.

Não estaria a equipe de enfermagem, ao ministrar o cuidado de enfermagem, reproduzindo, dentro dos limites de sua atuação, esse modelo filosófico institucional? Entendemos que às mudanças necessárias no cuidar em enfermagem antecedem transformações mais profundas, radicais e que a conduta desumana da equipe de enfermagem é só a ponta de um grande “iceberg”.

Acreditamos que essas mudanças sejam possíveis apesar da desumanização da nossa cultura, pois entendemos que a essência humana não se perdeu, está apenas deslocada e lotada em objetos que compramos para nos satisfazer, nos animais de estimação que adotamos, nos relacionamentos virtuais. Afastamo-nos das pessoas concretas que estão ao nosso lado, assumimos couraças anti-emoção para nos proteger das pancadas da vida e de ter que conviver com a presença de excluídos, oprimidos, pobres de espírito, segregados, injustiçados, espoliados, **mas a essência humana do cuidado humano ainda assim está presente** nos processos de proteção que assumimos e nas posturas que adotamos.

Estrutura Relevante 3

A Profissão de Enfermagem: alguns princípios e valores ideológicos históricos.

Esta é uma Estrutura Relevante que teve que ser agregada à Unidade Temática I, quando desenvolvemos as Estruturas Relevantes 1 (O Cuidado de Enfermagem Humanizado) e 2 (Humanização versus Desumanização), pois surgiram, nas entrevistas, com frequência, assuntos que envolviam a atuação do profissional de Enfermagem e de aspectos da profissão relacionados ao Cuidado Humanizado e Desumanizado.

Para melhor compreensão da profissão de Enfermagem contemporânea, buscamos como referencial teórico SILVA (1989). A autora realiza uma análise crítica e histórica sobre a Enfermagem Profissional⁷. Considera que a enfermagem é uma prática social e, como tal, está intimamente relacionada aos modos de produção de uma sociedade, e que também tem sido influenciada pelas formas de realização das práticas médicas.

⁷ Segundo a autora, a Enfermagem foi considerada profissional a partir da segunda metade do século XIX, na Inglaterra.

Iniciamos nossos comentários com essas considerações por entendermos que o resultado do que é a profissão de enfermagem moderna⁸ está carregado de conceitos e considerações que emergiram do passado para influenciar nosso presente. A profissão está surgindo no tempo e espaço atuais, ela foi se transformando conforme a sociedade se modificou e conforme se modificaram os conhecimentos e a busca pelo objeto da enfermagem. SILVA (1989, p. 95) salienta: “De acordo com o que já deixei explícito em vários trechos anteriores deste estudo, sua discussão sobre a enfermagem brasileira principia, formalmente pela análise do discurso aí predominante, considerado a expressão de um saber **eminentemente ideológico**”⁹.

E acrescenta existir entre o discurso hegemônico e no plano extradiscursivo uma face oculta com contradições não percebidas (ou negadas).

Segundo SILVA (1989), a enfermagem profissional nasceu, como já citado anteriormente, na Inglaterra, na metade do século XIX. Seus antecedentes históricos foram: a ordem católica de irmãs de caridade, fundada por Luiza de Marillac, inspirada em São Vicente de Paula, na França, e a existência de várias escolas de parteiras em diversas cidades européias. Outro antecedente imediato foi a Guerra da Criméia (1854-1856): Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras marcaram época organizando os hospitais militares ingleses, fundando uma escola em Londres destinada a formar pessoas (*nurses e ladies-nurses*) para uma prática de enfermagem redimensionada aos novos tempos. Em sua escola, o regime era de internato, a disciplina era rigorosa e visava desenvolver traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira: sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância. Eram “princípios Nightingalianos”: a preocupação com a conduta pessoal das alunas, que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos e que o ensino teórico fosse sistematizado e de autonomia financeira e pedagógica.

⁸ Termo definido por SILVA (1989) para designar as várias categorias da enfermagem submetidas a um preparo formal, opondo-se à enfermagem pré-profissional, executada por leigos.

⁹ Ideológico – filosoficamente, o termo é definido: “pensamento teórico que pretende desenvolver-se sobre os seus próprios princípios abstratos, mas que, na realidade, é a expressão dos fatos, principalmente sociais e econômicos, que não são levados em conta ou não são expressamente reconhecidos como determinantes daquele pensamento”. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: nova Fronteira. 1975.

A imagem nova da prática social da enfermagem buscava incorporar o altruísmo, abnegação, pureza, sacrifício, integridade e humildade. De outro lado, havia uma tentativa que entendemos estar presente na atualidade, a de construir um saber científico na área, num mundo onde a ciência é o valor supremo. A nova imagem pretendia também desfazer a anterior (negativa), que concebia a enfermagem como tarefa inferior, de ocupação manual, realizada por domésticas.

Esses princípios que marcaram o início da enfermagem profissional, segundo esta teorista citada, ainda estão presentes, nos dias de hoje, no ensino da enfermagem no Brasil, apesar das extraordinárias mudanças que ocorreram na esfera dos valores, geradas no seio da sociedade capitalista no transcurso deste século.

A classe de Enfermagem passou a ser heterogênea a partir da divisão das tarefas “nobres” de ensino e de supervisão de serviços e *nurses* e das que exerciam o cuidado direto com o paciente. As primeiras vinham da burguesia e as outras, do proletariado. Teve início nessa época um princípio presente até os nossos dias: a divisão técnica do trabalho profissional e a exploração pelas classes dominantes de um trabalho considerado menos importante por realizar tarefas manuais.

“Ao lado dessa composição de classe heterogênea a enfermagem moderna define-se também como uma área onde o trabalho da mulher é predominante” SILVA (1989, p. 55). Entendemos que esse fator de gênero que envolve um prestígio diferencial hierarquizado das tarefas masculinas e femininas, tendo as masculinas maior importância social, ainda hoje está presente, influenciando a existência da Enfermagem moderna. Em sua origem, a Enfermagem era considerada profissão feminina, subordinada à categoria médica, considerada profissão masculina.

Na leitura do referencial teórico citado acima, podemos concluir que a história da Enfermagem profissional tem pouco mais de um século, que os profissionais de Enfermagem caminham na direção de um saber próprio, cientificamente consistente e que reivindicam um espaço profissional social que ainda está em construção.

Encontramos na análise dos depoimentos dos professores os seguintes discursos relacionados à profissão de Enfermagem:

E 3: *“Na realidade, a gente não pode esquecer e, ao longo dos anos, não deixar que forme uma carapaça em volta da gente, porque a Enfermagem é lindíssima, tem muitos espinhos. Então a gente não pode deixar que os espinhos tomem toda a flor; tem que tirar os espinhos para ficar a rosa vermelha. Eu tenho vinte e poucos anos de trabalho, mas ainda acredito na profissão e acho que, ao longo do tempo, ela só melhorou e tende a melhorar mais.”*

No depoimento de **E 3** encontramos uma chamada para que não incorporem as idéias que desvalorizam a Enfermagem contemporânea. Alerta-nos para contribuímos com a melhora da profissão e para o fato de que, em todas as profissões, existem desafios a serem superados. Suas afirmações nos fazem refletir sobre os valores e princípios incorporados e / ou alterados na Enfermagem contemporânea.

No estudo de SÁ (1999, p. 375), encontramos uma contribuição para a reflexão da Enfermagem contemporânea: “Refletir sobre a prática da Enfermagem no século XXI significa contemporizá-la e assim contribuir para a discussão dos novos desafios e tendências que a mesma já enfrenta e que, pressupõe-se, haverá a acentuação desses no próximo milênio”.

A referida autora nos chama a atenção para o fato de que a Enfermagem contemporânea está inserida em uma nova ordem mundial:

O século XX ficou conhecido como a “idade da razão”. Em sua trajetória ocorreram fatos que marcaram de forma indelével as páginas da história da humanidade: duas grandes guerras mundiais, a bipolarização dos regimes econômicos (socialismo x capitalismo) a divisão de povos e espaços em primeiro, segundo e terceiro mundo. Época em que a química e a física quântica puseram em cheque as idéias do velho cartesianismo. Século de desmantelamento de impérios e da aceleração do progresso tecnológico. O sonho de Ícaro foi realizado – com o invento do avião, o homem conseguiu voar. (...) foram inventados o rádio a televisão, o telefone, o fax e o computador (SÁ, 1999, p. 376).

SÁ (1999) nos possibilita uma visão contextualizada da profissão de Enfermagem contemporânea. A autora nos chama a atenção sobre o progresso da ciência e tecnologia não ter resolvido inúmeros problemas da sociedade em geral, principalmente os causados pelas diferenças sociais que, principalmente em países de terceiro mundo, se acentuaram.

A autora salienta ainda que devemos nos focar nos problemas da profissão como desafios e repensar a prática da categoria Enfermagem. Considera que a essência de alguns problemas está no próprio destino da humanidade e nos problemas inerentes a ela. Solicita que repensemos nossos valores, a filosofia, a ciência, a tecnologia, a educação, a saúde e tantos outros.

No estudo acima citado, encontramos uma declaração com a qual nos identificamos: “(...) compartilhamos com a mesma tese daqueles que asseguram a continuidade da profissão da Enfermagem enquanto a mesma conjugar o verbo transitivo indireto: **cuidar**” (SÁ, 1999, p.380).

Entendemos que a prática e o ensino do cuidar já passaram por muitas mudanças e que também sofrerão muitas ainda e que ainda é o cuidar que delimita o espaço da enfermagem como profissão. Para novos tempos, nova maneira de cuidar, e a liderança do cuidar cabe à Enfermagem, mesmo que tenha que enfrentar desafios, já bastante evidentes, em sua prática de dividir espaços com outros profissionais e adquirir novos conhecimentos que nos habilitem para exercer a Enfermagem contemporânea.

Marcou-nos muito no depoimento de E 3 o otimismo em relação ao futuro da profissão. Esse sentimento apresenta uma conotação de “forma de fazer acontecer” a mudança esperada, o professor se coloca ator do processo. Referenciamo-nos a ALVES (2003, p.159) para melhor explicitar nossa reflexão:

Esperança é o oposto do otimismo. Otimismo é quando, sendo primavera do lado de fora, nasce a primavera do lado de dentro. Esperança é quando, sendo seca absoluta do lado de fora, continuam as fontes a borbulhar dentro do coração. (...). Otimismo é alegria “por causa de”: coisa humana, natural. Esperança é alegria “a despeito de”: coisa divina.

O otimismo tem suas raízes no tempo. A esperança tem suas raízes na eternidade.

O otimismo se alimenta de grandes coisas. Sem elas, ele morre. A esperança se alimenta de pequenas coisas, ela floresce. Basta-lhe um morango à beira do abismo. Hoje, é tudo o que temos ao nos aproximarmos do século XXI: morangos à beira do abismo, alegria sem razões. A possibilidade da esperança.

E 9: “Eu só tenho a esperança de que a enfermagem cresça muito em relação a essa questão de cuidado humanizado; eu acho que tem profissionais correndo atrás disso, tentando tornar este cuidado humanizado um cuidado comprometido, mas não são todos. Eu tenho esperança de que a Enfermagem cresça em relação a isto, que ela comece a enxergar o outro realmente como alguém com estas necessidades, necessidades essas que não são só físicas, mas emocionais e também espirituais.”

E 9 chama a atenção para a importância de desenvolver o cuidado humanizado para a profissão da Enfermagem. Reconhece que existem alguns esforços para sua efetivação e que esse tipo de cuidado requer uma visão do ser humano que corresponda às suas necessidades afetadas. Também identificamos no cuidar diferenciado, contemporalizado e contextualizado um dos caminhos para apropriação do saber da Enfermagem e reconhecimento de seu espaço nas equipes multidisciplinares.

E 11: “Esta profissão precisa gente que goste do que está fazendo; o mau humor tem que deixar lá fora, e aí eu uso algumas coisas que eu já comentei e queria deixar aí registrado, porque eu acho muito interessante (como é importante a reflexão): quem não a pratica, não a entende, não interage, não vai, não chega e, ao final da sua existência, poderá ter o dissabor de fazer a reflexão fatal: o que fiz da minha vida? E às vezes a gente vai fazer esta reflexão muito tarde. (...) O paciente, o profissional que está ali do seu lado não tem culpa do que passou. Todo, todo mundo tem problemas, então chega! Se para você é olhar para o horizonte que vai te trazer tranquilidade, então olhe para o horizonte, olha para o barulho que faz a folha, respira fundo, escute uma música e tenta chegar com bom astral.”

E 11 chama a atenção para a possibilidade de a profissão de Enfermagem dar um sentido para a própria vida do profissional. O profissional deve afastar das relações com o paciente o mau humor, por meio de mecanismos de defesa individuais, para a superação dos problemas pessoais. Não devemos agregar nossos problemas pessoais aos dos pacientes / clientes, nem deixar que interfiram na nossa atuação com os pacientes e colegas de trabalho. Entendemos esta ser uma situação que requer muita maturidade profissional e equilíbrio emocional, afinal trata-se de seres humanos cuidando de seres humanos.

E 4: “Ela não queria estar ali, ela está por uma necessidade, infelizmente social (...). Eu acho que isso vem acontecendo de uns dez anos para cá, até menos tempo. (...) Antes eu via alunos que começaram como atendentes e hoje estão fazendo faculdade de Enfermagem, se vê aquele amor, que a pessoa gosta do que faz e quer crescer dentro da profissão. Mas hoje eu pergunto para o terceiro ano: quem vai fazer Enfermagem? O ano passado tinha aluna que ia fazer moda! Tudo bem que alguns estão aqui para fazer o colégio porque é bom, integral e dá base para o cursinho, mas e a Enfermagem? Então quer dizer que ela vem não pela Enfermagem, ela vem pelo colégio que é bom, então ela é obrigada a passar; ela passa, faz estágio na média, é uma aluna média, mas amanhã ela pode fazer moda e graças a Deus que ela vai fazer moda! O pior é isso, porque, às vezes, ela não passa no vestibular da moda e aí ela tem que trabalhar e aí, aonde ela vai trabalhar? Na Enfermagem, porque é o curso que ela tem até ela conseguir chegar ao nível em que ela quer. Então esta pessoa que quer moda, o que ela vai fazer com Enfermagem? Talvez até ela se descubra, mas é meio difícil.”

A experiência profissional de E 4, com 18 anos de trabalho, possibilita-lhe, como professor, analisar que a procura pelos cursos de formação em Enfermagem, na atualidade, no colégio em que leciona, está relacionada ao mercado de trabalho disponível na Enfermagem, que possui vagas que atendem à demanda de trabalho remunerado e institucionalizado. Isso determina o aumento de indivíduos que buscam uma profissão rentável e que a profissão almejada pode não atender as suas expectativas de realização profissional e pessoal e de renda.

E 6: “Eu penso que na Enfermagem é onde existe menos gente com aptidão para a área, mas é onde se consegue emprego (...). O SUS é muito limitado em poder oferecer as coisas e, por outro lado, a população também é muito desinformada e os dois se encontram e acaba acontecendo aquele atrito. Então é por isso que a gente vê aquela imagem terrível, o Centro de Saúde não presta, o atendimento na saúde não presta; por outro lado tem realmente profissionais que não estão na área certa, infelizmente.”

E 6, em seu discurso, também aponta para a possibilidade de os indivíduos estarem procurando a Enfermagem apenas como possibilidade de trabalho, exercendo a profissão sem aptidão para a área, sem capacidade, habilidade e disposição para exercer as ações específicas da profissão. O discurso nos desperta a reflexão da prática de Enfermagem como vocação: o indivíduo com características individuais, particulares, necessárias ao exercício da profissão. Para esse professor, quais seriam essas habilidades e capacidades que definem o indivíduo apto a exercer a Enfermagem?

Investigando a Representação Social de outro grupo de professores enfermeiros sobre a vocação, SILVA (1998) argumenta que a “vocação” é consequência de inúmeras variáveis: psicológicas, familiares, religiosas, sociais, econômicas e políticas; relaciona-se com a sociedade e a cultura nas quais o indivíduo está inserido.

Quais seriam, então, os valores que deveriam estar presentes nos indivíduos para exercerem a profissão “porque gostam dela” e não por “necessidade social”? SILVA (1998, p.83) define que “gostar de” trata-se de opção fundamentada nos valores individuais e que estes colaboram na determinação das ações individuais e coletivas dos profissionais de Enfermagem.

Esses valores podem ser entendidos como conjunto de normas, princípios ou padrões de cada ser humano ou de uma coletividade, aceitos pelos indivíduos, classes sociais ou pela sociedade de forma geral e que influenciam as ações humanas, auxiliando nas suas realizações.

UNIDADE TEMÁTICA II

O TRABALHO DOCENTE

Esta unidade temática foi criada na organização dos dados a partir da pergunta número quatro do roteiro de entrevista: Como você organiza o seu trabalho como docente de Enfermagem de aulas teóricas e / ou estágio supervisionado? Quais os objetivos que espera alcançar, valores e princípios que norteiam a organização do seu trabalho? (Anexo 2)

Na análise dos depoimentos, surgiram interfaces que deram origem às Estruturas **Relevantes 1**: A organização da prática pedagógica, **Estrutura Relevante 2**: Os objetivos da prática pedagógica; **Estrutura Relevante 3**: Princípios e valores que influenciam a prática pedagógica e **Estrutura 4**: A influência do perfil adolescente dos alunos na organização da prática pedagógica.

Estrutura Relevante 1

A organização da prática pedagógica.

Para analisar esta estrutura relevante, selecionamos as seguintes partes dos depoimentos, os quais comentaremos na sequência de exposição para facilitar a leitura.

E 1: “Antes de mais nada, eu preciso me inteirar do meu plano de ensino, o que eu pretendo na aula teórica com aquela disciplina, quais os objetivos que a disciplina pretende alcançar. A partir daí, eu estudo sobre o assunto que eu vou dar em aulas teóricas, procuro várias fontes bibliográficas, para poder estar sempre me atualizando. E em relação ao estágio, eu procuro conhecer o campo do estágio antes, ir com os alunos e, dentro dos objetivos, a gente traça metas que os alunos têm que alcançar durante aquele tempo que ele vai permanecer com os pacientes em campos de estágio. Dentro disso, a gente vai sempre cobrando, sempre conversando, vendo as dificuldades ou as facilidades, no que o aluno está com mais dificuldade e tentando saná-las.”

No depoimento de E 1, encontramos uma preocupação de conhecer os objetivos das disciplinas teóricas e os conteúdos a serem desenvolvidos.

Segundo DILLY e JESUS (1995, p.123):

(...) para exercermos com segurança a prática educativa, torna-se necessário que coloquemos um mínimo de organização que nos permita definir aonde queremos chegar, como chegar até lá e avaliar se o caminho escolhido está favorecendo o alcance do nosso objetivo.

Ao analisar a RS desse professor, fizemos a leitura de que para ele é importante sistematizar o seu trabalho pedagógico. Ele cita etapas do planejamento, como: definir objetivos, traçar metas, conhecer os conteúdos necessários e a composição do Plano de Disciplina, estabelecer o cronograma com a carga horária estipulada para a disciplina e programar avaliações periódicas e contínuas.

Ao analisarmos a Proposta Pedagógica do Colégio em que atua esse professor, encontramos referência teórica sobre a avaliação e elas coincidem com os parâmetros que aparecem nesta RS; portanto existe a hipótese de que o estudo da Proposta Pedagógica possa ter influenciado na atuação desse professor.

E 2: *“(...) eu faço um plano de ensino dentro da carga horária do que tem que ser ministrado, eu vejo que facilita muito para eu estar organizando a minha matéria, se eu tenho alguma experiência prática.”*

Nesse depoimento ficou evidente que a professora considera que a atuação docente pode ser limitada pela carga horária da disciplina preconizada no Plano das disciplinas e no Plano de Curso. Entendemos que muitas escolas trabalham com modelos de currículos estipulados por Leis do Ensino e desconsideram o contexto em que o aluno está inserido, seu ritmo de aprendizagem, comprometendo a qualidade do curso, sem poder nem querer, com essa reflexão, insinuar que esta seja a realidade para a escola em questão neste estudo.

O professor também considera que a experiência profissional, a prática do cotidiano, facilita o domínio do conteúdo e que, na fase de execução do planejamento, viabiliza mudanças e adaptações em suas aulas para atender às necessidades de aprendizagem dos alunos, o que lhe confere mais criatividade e habilita-o a desenvolver maneiras diferentes de ensinar.

Gostaríamos de pontuar, neste momento da análise, uma inquietação provocativa: um dos princípios filosóficos da Lei de Diretrizes e Bases, o de nº 9394/96, é o respeito à individualidade e o contexto em que está inserido o aluno. Não seria, então, uma contradição eleger um currículo e uma carga horária mínima para a composição das disciplinas e dos cursos técnicos? Queremos estimular as diferenças, porém seguindo os mesmo conteúdos, rituais de ensino e de avaliação.

E 3: “(...) Eu planejo primeiro, vejo o que vou dar de conteúdo, quantos alunos. Às vezes dou aulas para adultos e às vezes para adolescentes, então tem algumas coisas que eu tenho que ter uma conotação diferente (...). Mas eu organizo o cronograma, organizo as aulas, não faço, por exemplo, o plano de aula, mas toda vez que eu venho dar uma aula, uma semana antes eu planejo, vejo o que eu vou dar, as atividades que eu vou fazer, a didática que eu vou estar utilizando. E com estágio é a mesma coisa: antes de entrar em sala, eu faço uma visita no campo de estágio, vejo o que o campo pode estar oferecendo.”

Quando nos referimos ao planejamento na área da educação, podemos estar nos referindo a três tipos de planejamento: Educacional, Curricular e do Ensino. O Planejamento Educacional consiste na tomada de decisões sobre a educação no conjunto do desenvolvimento geral do país, segundo a política da educação vigente. O Curricular consiste na tomada de decisões sobre as experiências que deverão ser vividas pelos alunos e deve levar em consideração a realidade de cada escola e as sugestões do Conselho Estadual de Educação definida pelo Conselho Federal de Educação que fixam as diretrizes básicas e os currículos mínimos. A construção do planejamento de Ensino implica conhecimento da realidade e a elaboração, execução, avaliação e aperfeiçoamento do plano.

É básico que obtenhamos respostas para as seguintes perguntas: para quem irei ensinar? O que devo ensinar? Como devo ensinar? Quais meus objetivos? Como vou avaliar a aprendizagem? Para que as respostas possam ser assertivas, é requisito básico que o professor conheça o contexto em que o aluno está inserido, identificar a sua realidade, suas prioridades, necessidades e tendências. “O planejamento é uma tarefa da prática docente embasada em decisão política, científica e técnica” (DILLY e JESUS, 1995, p.123).

Nas palavras de E 3, também surge a confirmação de uma questão que foi identificada por ocasião do Projeto desta pesquisa e não contemplada como objetivo deste estudo, mas despertou nosso interesse investigá-la posteriormente: a maneira como é organizada a prática pedagógica para ensinar o cuidado de enfermagem, mais precisamente o cuidado humanizado, muda à medida que o aluno tem maior ou menor maturidade ou, cronologicamente falando, possui menos ou mais idade, considerando que nem sempre maior idade significa mais maturidade?

E 4: *“Quanto à matéria, a gente tem já um programa a ser seguido. Eu costumo fazer um planejamento para os dias de aula, separo todas as aulas, tenho até fita em DVD, separo os dias que vai dar, marco provas, deixo todo esquematizado. Eu sou extremamente organizada. E vou tentando seguir aquele programa, fazendo o possível, às vezes tem discussões, não tem jeito, passa a hora e tem que dar um jeitinho no programa, mas tem que cumprir o programa. Mas dentro disso eu não esqueço e dou tempo para estas discussões.”*

E 7: *“Para organizar as aulas teóricas, você tem que seguir um plano, uma ementa (...), mas isto não impede que você esteja colocando outros assuntos, (...) exemplificar os cuidados que você já restou e o que aconteceu, porque nem sempre acontece daquela maneira que você ensinou ali na teoria (...).”*

Nos depoimentos de E 4 e E 7 são levantadas duas questões que julgamos merecer nossa reflexão: a importância da fase de planejamento da disciplina, definindo o material didático, os conteúdos, e a didática a ser adotada e a adaptação e flexibilidade da

teoria às situações práticas em que são aplicadas. Entendemos que nessa proposta de adaptação há uma iniciativa de humanização das técnicas de Enfermagem.

Identificamos em E 5 mais um depoimento sobre a humanização da técnica:

E 5: “Eu acho que isso mostra um pouquinho de humanização, porque, de repente, quebra aquele paradigma todo de que você acha que tudo tem que ser feito de forma pontual e nós, da Enfermagem somos educados a isso, tem um senso de organização, de perfeição que é muito cobrado. Então eu gosto de dar uma quebrada nisso daí, mostrando para eles que não é sempre assim, a vida não são normas e regras e, às vezes, a gente tem que quebrar, sim, para melhor assistir. Então, nas minhas aulas, eu procuro ser bem flexível, bem maleável.”

Nesse depoimento, o professor aponta que a organização do seu trabalho é flexível. Apesar de lecionar uma disciplina técnica, teoriza aos alunos que os princípios de Enfermagem devem ser seguidos, mas que as regras não devem ser cumpridas com rigor, que os princípios científicos devem ser mantidos, mas que podem ser adaptados conforme a vontade e necessidade do paciente. Ela defende que essa flexibilidade humaniza a técnica.

E 8: “(...) como eu já estou há algum tempo dando aula, eu já tenho o material pronto, mas eu procuro estar atualizada (...). Eu uso um pequeno questionário no final da aula com duas ou três perguntas relacionadas com o assunto, peço para os alunos responderem e eu revejo o que ficou falho. A partir da próxima aula seria o primeiro tópico que eu iniciaria (...).”

E 10: “Também eu me organizo, lendo sempre, (...) dando uma revisada na minha aula, eu procuro ver onde os alunos podem sentir mais dificuldade. De acordo com a classe, sempre tem aquelas palavras que irão surgir, aqueles exemplos, eu procuro sempre dar uma lida. Por mais que há anos eu trabalho com esta disciplina, a cada dia a gente está se organizando, aperfeiçoando, procurando saber se alguma técnica mudou (...).”

Esses professores valorizam a atualização dos conteúdos e a organização do material de apoio com base na dinâmica do conhecimento e no movimento de reorganização e atualização dos conteúdos desencadeados pela evolução da ciência de modo geral e mais especificamente da ciência Enfermagem. A atualização dos conteúdos é um item importante, pois melhora a qualidade dos conteúdos a serem desenvolvidos. Também a avaliação contínua do aprendizado deve ser considerada de grande importância quando se pretende assegurar essa qualidade.

E 9: “Eu tento pensar em relação àquilo que o técnico de Enfermagem tem que saber, qual é o objetivo do técnico de Enfermagem. Quais seriam as habilidades e competências necessárias para o técnico de Enfermagem. Outra coisa é: qual aquele técnico de Enfermagem que eu gostaria de formar? E com qual técnico de Enfermagem eu gostaria de trabalhar no meu dia-a-dia! Tudo isso passando com cuidado relacionado àquela clientela que têm todos os seus direitos fundamentados em cima de uma Cartilha dos direitos do paciente, Código de defesa do consumidor, de um Código de ética para os profissionais de Enfermagem que protege este cliente, e também um código civil e um código penal. E sempre passando que essa clientela é aquele cidadão com seus direitos e deveres e isso é para qualquer um de nós.”

Encontramos no depoimento de E 9 uma forma de organizar sua prática pedagógica que privilegia os Direitos e Deveres dos indivíduos cidadãos. Para esse professor, é necessário fundamentar-se, para a organização e aplicação dos conteúdos, nos objetivos que se quer alcançar, no profissional que se quer formar. Também são considerados importantes os Códigos de Defesa de Ética Profissional e da Carta Brasileira dos Direitos do Paciente¹⁰, que asseguram os direitos dos pacientes e os deveres dos profissionais. Entendemos que esses parâmetros, uma vez utilizados, contribuem para humanizar o atendimento e consideram o cuidado humanizado um ato de cidadania.

¹⁰ Para conhecimento na íntegra da Cartilha dos direitos do Paciente, sugerimos: FONTINELE JÚNIOR, Klinger *Ética e Bioética em Enfermagem*. Goiânia: a B Editora, 2000.

E 11: *“Nas aulas teóricas e de estágio que eu faço, eu tento trazer vários métodos que eu uso, desde as histórias até eu uso da música para fazer o aluno refletir; tem vários artigos que eu uso para reflexão. Eu falo muito para o aluno que tem que parar e refletir, que o professor está aqui orientando. Se ele não parar para refletir o dia-a-dia do que ele está fazendo, não vai adiantar nada (...).”*

O depoimento de E 11 nos aponta para a existência do professor que se coloca como orientador do processo de aprendizagem; não impõe seu saber, considera o conhecimento dos alunos, quer formar alunos reflexivos e críticos. Encontramos sintonia nesse discurso em FREIRE (1999, p.133):

Sou tão melhor professor, então, quanto mais eficazmente consiga provocar o educando no sentido de que prepare ou refine sua curiosidade, que deve trabalhar com minha ajuda, com vistas a que produza sua inteligência do objeto ou do conteúdo de que falo.

E 12: *“Eu procuro, dentro do plano de curso, (...) eu procuro estar associando um pouco com o que está ocorrendo no período e citando exemplos com o que ocorre no campo de estágio. Então, se aconteceu alguma situação, um exemplo típico, assim troca de nome de paciente, troca de procedimento. Algum engano ou erro de medicação eu procuro trazer para a sala de aula e enfatizar e mostrar para eles. E quando eles observam, eu peço para eles levantarem também. E que observem como é o tratamento das pessoas que estão trabalhando. E os alunos trazem exemplos para a sala de aula e a gente debate isto para tentar melhorar, digamos assim, esta assistência da Enfermagem no futuro. Eu costumo até dizer: se a gente não formar bem, as vítimas podem ser nós mesmos.”*

E 13: *“Primeiro que eu gosto muito do que eu faço, me sinto muito satisfeita, e tanto na teoria quanto no estágio, eu vou fazer uma divisão: na minha aula teórica, a partir da ementa, do plano de ensino, do plano de aula, eu costumo diversificar muito e valorizar a questão pedagógica. Gosto muito de fazer uma*

aula diferente, desde que não fuja da própria ementa, da disciplina, mas eu gosto de interagir com meus alunos eu gosto que eles participem, eu gosto que eles, gosto muito de estar acompanhando, gosto muito de fazer estudo dirigido, em grupo, gosto muito de trabalhos, gosto que eles tragam ou que eles questionem.”

Esses depoimentos nos alertam para a necessidade de aproveitar as vivências da prática para desenvolver nos alunos um novo olhar para sua atuação, uma observação crítica analítica por meio da reflexão. Também é apontada a importância do exemplo na organização dos conteúdos, da flexibilidade ao elegê-los, de gostar de ensinar e da diversificação dos instrumentos pedagógicos.

Estrutura Relevante 2

Os objetivos da prática pedagógica

Podemos afirmar que os objetivos são os lugares a que queremos chegar. Se não sabemos qual o lugar a que se quer chegar, qual o caminho e como percorrê-lo, ficam indefiníveis o caminho e o meio que usaremos para alcançar nossos objetivos.

Estabelecer objetivos de um curso profissionalizante implica definir primeiro que profissional se quer formar, suas características, suas especialidades. Também julgamos importante conhecer as exigências do mercado para que ele esteja apto e de acordo com a demanda. Claro que com crítica, senão corremos o risco de nos pautar apenas por aquilo que o mercado determina e podendo formar profissionais anti-éticos ou “deformados pelo mercado”. Nesse caso, o ensino deixaria de ser humanizado e passaria a ser meramente “mercadológico”.

Encontramos nos depoimentos abaixo transcritos, as seguintes citações sobre este tema:

E 1: *“Antes de mais nada, eu preciso me inteirar do meu plano de ensino, o que eu pretendo na aula teórica com aquela disciplina, quais os objetivos que a disciplina pretende alcançar (...).”*

E 6: *“Olha, o meu objetivo maior, hoje eu tenho muito claro isso, até quando eu era supervisora eu não tinha tão claro isso, mas é a mudança de comportamento. Meu grande sonho na vida é mudar esse tipo de atendimento que nós mesmos participamos durante um bom tempo de nossa vida, na formação destes profissionais e a gente passava batido, a gente não percebia o quanto que é desumano a nossa maneira de trabalhar. Eu cobrava muito a técnica, eu cobrava muito aquela coisa de estar tudo arrumadinho, estar tudo controlado; mas, apesar de eu ser assim uma pessoa de dar atenção realmente para o usuário, eu não cobrava isso das funcionárias, não!”*

E 8: *“Em estágio a gente tem já noção dos objetivos do estágio supervisionado; de uma técnica, a mesma coisa. Mas, por mais que a gente tente se preparar, a gente sabe que muitas vezes a rotatividade é muito grande dentro do próprio setor e aparecem coisas novas que não estavam dentro da minha proposta, do meu objetivo, ali, naquele momento. Mas eu tenho que aproveitar aquele paciente que, de repente, apareceu, com um diagnóstico novo, para esses alunos terem oportunidades de ver determinada patologia, cuidados de Enfermagem (...).”*

E 13: *“(...) meu objetivo é que eles realmente conheçam tanto uma disciplina quanto a outra, que tenham conhecimento para um melhor aperfeiçoamento, que desenvolvam, enquanto profissionais técnicos, de maneira o melhor possível.”*

E 1 descreve que se baseia no Plano de Ensino do colégio para definir os objetivos. Uma interrogação inquietante nos despertou esse discurso: será que a elaboração do Plano de Ensino deste Colégio, que descrevemos anteriormente na Análise Documental do item Introdução, foi produto de construção coletiva e envolveu todo o corpo docente? Ou de construção individual e adotada tacitamente e legalmente pelo coletivo?

No discurso de E 6, o professor declara que, atuando como supervisora de unidade, preocupava-se muito em ensinar aos funcionários o domínio da técnica e não percebia o quanto era desumana a assistência de enfermagem. Fazia a sua parte sendo atenciosa, mas não cobrava de seus funcionários o mesmo tipo de procedimento. Hoje, como professora, identifica no ensino a possibilidade de reverter essa situação de desumanização do cuidado, uma mudança de paradigma conceitual pessoal. As palavras de E 6 nos levam à reflexão de que os objetivos que estabelecemos para a ação de ensinar têm muita relação com o tipo de profissional que queremos formar, quais as competências e habilidades que esperamos que ele desenvolva.

Durante a fase de análise documental, encontramos, no Projeto Pedagógico do Colégio onde lecionam os sujeitos desta pesquisa, orientações sobre formas de ensinar, da didática a ser empregada e também preconização dos Planos de aula e Planejamento das ações pedagógicas. Acreditamos ser um ponto positivo, pois para melhorar o desempenho nas formas de ensinar, onde todos os professores do Curso de Técnico em Enfermagem possuem a Licenciatura em Enfermagem. A existência de um plano diretor que vai respaldar as suas ações pedagógicas e auxiliar da sistematização do ensino constitui um fator que pode proporcionar um trabalho uniforme e em equipe.

Estrutura Relevante 3

Princípios e valores que influenciam a prática pedagógica

Ao desenvolvermos o roteiro da entrevista, julgamos importante questionar os sujeitos da pesquisa sobre seus valores e princípios, por acreditarmos que eles estão presentes em todas as nossas tomadas de decisão e estão refletidos em nossas ações e julgamentos. Portanto, acreditamos que influenciam na prática pedagógica dos professores. Não utilizamos o termo princípios éticos ou questionamos qual era a sua ética para a ação pedagógica, porque tivemos receio de que somente a ética profissional da Enfermagem pudesse ser contemplada e tínhamos como objetivo, nesta questão, levantar os valores ético-sociais utilizados em suas RSs como docentes de Enfermagem de Ensino Médio.

Julgamos interessante, para instrumentalizar a reflexão e análise destes discursos, teorizar os conceitos de princípios e valores e, para tanto, entendemos ser oportuno resgatar SÁNCHEZ-VÁZQUEZ (2000), SILVA (1998) e FORTES (1998), autores que constituíram nosso referencial teórico para o desenvolvimento de temas relacionados à Ética.

A Ética é um dos mecanismos de regulação das relações sociais do homem que visa garantir a união social e a harmonia dos interesses individuais e coletivos. Segundo FORTES (1998), na atualidade, existem diferentes compreensões e interpretações sobre os princípios e valores ético-sociais e não se aceita a existência de deveres e princípios absolutos como outrora. Quando observada por sua origem semântica, ética equivale a moral. O termo moral significa costumes, conduta de vida, dita as regras de conduta humana no cotidiano: “Atualmente distingui-se ética de moral, considerando-se que a moral seja o conjunto de princípios, valores e normas que regulam a conduta humana em suas relações sociais, existentes em determinado momento histórico” (FORTES, 1998, p.26).

Quando solicitamos no roteiro que os sujeitos da pesquisa explicitassem quais seus princípios e valores, a intenção foi levantar características morais individuais que entendemos resultarem das adesões íntimas que cada um faz da ética vigente e produzida pelo coletivo. Tínhamos como objetivo verificar as convicções de nossos entrevistados; por meio dos depoimentos, identificar a característica individual que justifique a maneira de agir no cotidiano (as suas RSs), buscando clarificar as razões que justifiquem as ações pessoais e profissionais desses professores. Quais as razões que os levam a fazer ou não, de aprovar ou desaprovar algo, definir o que é “bom” ou “mal”, justo ou injusto, correto e incorreto, desencadeando o que podemos chamar de ajuizamento ético.

Segundo SILVA (1998), os valores individuais dos próprios professores, bem como os valores das disciplinas, raramente são levados em conta nas discussões de reformas curriculares ou alterações de propostas de ensino dos conteúdos curriculares, entretanto eles interferem nas relações sociais escolares. Para o autor, conhecer esses valores seria uma contribuição para a melhoria da qualidade de ensino.

E 2: “(...) teve um dia que teve uma intercorrência com a circulante. Não foi necessário destacar outra, a aluna circulou a sala do hospital, então ela se sentiu importante, a médica valorizou, se sentiu valorizada, e todos os alunos puderam estar fazendo um bom estágio. (...) a experiência da gente, na prática, ajuda muito para poder estar organizando meu trabalho, estar dando oportunidade para todos os alunos e não estar só protegendo um, (...) eles têm algumas preferências, então você tem que estar sabendo lidar com tudo isso e não deixar aluno nenhum de lado e estar passando todos os setores, (...) propiciando oportunidade igual para todos. Isto facilita se você já tem a prática.”

Para analisar o discurso de **E 2**, gostaríamos de agregar a essa reflexão o conceito de valores definido por SILVA (1998, p. 82):

Esses valores podem ser entendidos como um conjunto de normas, princípios ou padrões de cada ser humano ou de uma coletividade, aceitos pelos indivíduos, classes sociais ou pela sociedade de forma geral e que influenciam as ações humanas, auxiliando nas suas realizações.

Quando **E 2** cita os valores e princípios que norteiam sua prática pedagógica em estágio, deixa claro seu objetivo e dá importância à valorização dos alunos perante a equipe em que estão estagiando. O valor agregado a essa situação específica e aos objetivos que esse professor almeja alcançar, seja a auto-realização dos alunos e valorização pessoal, é fator de diferenciação na busca da qualidade dos alunos no campo de estágio.

E 3: “No estágio humanizado, eu tenho uma preocupação grande e já tive experiências muito legais, (...) eu tirava todos os dias meia hora e trabalhava esta parte, mostrando para eles a importância do algo mais; eu usei um livro da Maria Júlia Paes da Silva¹¹ sobre o amor. (...) em termos de valores da vida eu levo algum livro para estar comentado no final do estágio, coisas que no outro dia eles irão enxergar no paciente (...) Não sei se este é o caminho, mas....eu

¹¹ Para localização desta obra, incluímos na citação do sujeito da pesquisa esta nota com a referência bibliográfica: SILVA, Maria Júlia Paes da. **O amor é o caminho:** maneiras de cuidar. São Paulo: Editora Gente, 2000. p.

falo para eles: na formação não adianta ser excelente em técnica, mas na parte humana de comunicação ser nota zero, porque você vai lidar com seus colegas de trabalho com seu paciente, então eu acho que a Enfermagem tem que puxar muito isto. Alguns valores em termos de anos acho que foram se perdendo.”

E 3 evidencia que realiza a humanização do cuidado quando nomeia o estágio supervisionado como **estágio humanizado** e relata a experiência do uso de material didático de apoio (livros) sobre temas de valor à vida e os textos são relacionados à assistência de Enfermagem. No depoimento de E 3 também encontramos uma leitura sobre o ensino do cuidado de Enfermagem: considera importante a formação técnica específica de Enfermagem na atuação em estágio, mas também valoriza e prioriza a comunicação interpessoal e a integração, interação com o paciente.

Segundo SILVA (2002, p.74-5), para se comunicar com qualidade é necessário compreendermos o que queremos trocar com as pessoas:

(...) o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um profissional de saúde.

E 6: “(...) quando eu falo humanizado: respeitando valores de cada um, lembrando que a gente não trabalha aqui com uma única categoria de pessoas, é um nível social único e muitas vezes a rotina da gente é esta. A gente nem está preocupado, se a pessoa tem condições de entender o que é a rotina e se ela tem condições de se encaixar no que é a rotina,... ah! é assim, aqui tem que ser assim! (...) adaptar um pouquinho mais com a realidade desta pessoa que está retirada do mundo dela e que entra no “nosso mundo” (...) eles são totalmente desestruturados quando chegam para a gente. (...)”

Segundo SILVA (2002), é fundamental o papel e a influência que a comunicação interpessoal exerce no atendimento na saúde. É necessário, para que ela se efetive, resgatar a compreensão do ser humano como alguém que possui códigos

psicossociais (lingüística) e psicobiológicos (comportamento e expressão não verbal). O paciente se dispõe ou não a criar vínculos com os profissionais da saúde, dependendo da maneira como a comunicação acontece. Uma comunicação verbal e não verbal coerente facilita o desenvolvimento do vínculo. Não existe neutralidade de comunicação realizada entre as pessoas, elas são sempre influenciadas pelo conteúdo que queremos transmitir. O conteúdo está relacionado a nossa referência cultural (que é diferente entre o leigo e o profissional) e nos sentimentos que demonstramos ao interagir. Esses sentimentos / emoções também são expressos em qualquer cultura humana, mas possuem formas e intensidade diferentes para cada cultura.

E 9: “(...) qual aquele técnico de Enfermagem que eu gostaria de formar? E com qual técnico de Enfermagem eu gostaria de trabalhar no meu dia-a-dia? Tudo isto passando com cuidado, relacionado àquela clientela que têm todos os seus direitos fundamentados em cima de uma cartilha dos direitos do paciente, código de defesa do consumidor, de um código de ética para os profissionais de Enfermagem que protegem este cliente, e também um código civil e um código penal, e sempre passando que esta clientela é aquela cidadão com seus direitos e deveres e isto é para qualquer um de nós.”

Resgatamos esse fragmento do discurso de E 9, pois ele já foi objeto de discussão na Unidade Temática II, Estrutura Relevante 1, por conter uma idéia não explorada anteriormente. Os direitos e deveres dos indivíduos são estabelecidos por Lei e devem mediar as discussões de planejamento e organização da prática pedagógica e interferir e influenciar na prática da assistência de Enfermagem e na maneira como essa prática é ensinada. Podemos dizer que essas Leis, que podem ser obedecidas ou não, conhecidas ou desconhecidas pelos indivíduos, servem como um ponto de referência para o exercício profissional da equipe de saúde, para o ensino profissionalizante em Enfermagem e para as Instituições de Saúde que se propõem a um atendimento humanizado.

E 10: “Quanto ao estágio, a minha preocupação como docente é com a qualidade, não interessa se os alunos vão estar com um número grande de pacientes, cuidando sob a nossa supervisão e sim se aquele trabalho está tendo qualidade. Eu consigo dividi-los de maneira a ver cada um, acompanhar cada

um, no que está fazendo, procuro não pegar muitos pacientes, (...) acompanho os alunos, tirando dúvidas, revendo todas as técnicas junto com eles. E quando saio do estágio, revejo o meu objetivo naquele dia de estágio, sempre procuro avaliar, faço uma auto-avaliação dos alunos e minha também. Além dos alunos, eu também, como professora, me avalio, vejo onde poderia ter melhorado. Será que aquela falha, naquele momento, eu poderia estar junto ou conversar com o grupo no final? Por que não deu tempo? O meu objetivo é conseguir sair do estágio legal. Quando eu acho que naquele dia os alunos saíram satisfeitos, conseguiram aprender, eu passei alguma coisa, mesmo que tenha sido um ou dois pacientes que tenham sido cuidados, mas aquele dia os cuidados foram feitos com qualidade tanto para o nosso cliente como para os alunos que estão aqui para aprender.”

E 10, em seu discurso, demonstra preocupações em realizar supervisão de estágio de qualidade. Para ela é parâmetro de qualidade atender poucos pacientes, mas atendê-los bem, sem a preocupação com a produtividade. Nossa prática pedagógica pessoal também nos tem demonstrado que o gerente de Enfermagem das equipes de Enfermagem cobram muito a produtividade (quantidade) e muitas vezes até sobrecarregam os profissionais com procedimentos que demandam habilidade, produtividade e rapidez como se estes fossem os parâmetros que deveriam ser usados para alcançar eficiência e competência dos procedimentos. A qualidade dessa assistência não raramente fica comprometida e inviabilizam-se as propostas de humanização do cuidado de Enfermagem.

Esta pode ser a realidade de muitas instituições de saúde que nossos alunos, futuros profissionais, poderão trabalhar. Este valor: **a qualidade** da assistência, deve ser privilegiado por ocasião da formação dos alunos como elemento facilitador do cuidado de Enfermagem humanizado.

Acrescentaríamos que o enfrentamento crítico da realidade de instituições que buscam a produtividade sem qualidade deveria ser, inclusive, recomendado pelo professor aos seus alunos, pois entendemos que o desenvolvimento do pensamento reflexivo e crítico pode ser um instrumento de mudanças e / ou de reivindicação.

Sair satisfeito do campo de estágio também é valor estabelecido na RS desse professor. Sua prática pedagógica é embasada nesse valor quando ele considera importante corporificar a alegria e o prazer do cuidar com qualidade. A respeito dessa idéia, identificamo-nos com ALVES (2000, p.12-3):

Ah!, Retrucarão os professores, a felicidade não é a disciplina que ensino. (...), mas será que vocês não percebem que estas coisas que se chamam disciplinas e que vocês devem ensinar, nada mais são que taças multiformes coloridas, que devem estar cheias de alegria? Pois o que vocês ensinam não é um deleite para a alma? Se não fosse, vocês não deveriam ensinar. E se é, então é preciso que aqueles que recebem, os seus alunos, sintam prazer igual ao que vocês sentem. Se isso não acontecer, vocês terão fracassado na sua missão, como a cozinheira que queria oferecer prazer, mas a comida saiu salgada e queimada...

E 11: “(...) *eu tenho alguns valores que eu pretendo alcançar e que norteiam o meu trabalho. Eu vou contar uma história que resume um pouco isso (...): Um senhor que estava caminhando pela areia na praia viu, ao longe, uma imagem que ia e voltava, ia e voltava, como se bailasse. Achou estranho; o que será que está acontecendo? E viu que era um jovem e tinha várias estrelas do mar e que ele pegava as estrelas e arremessava para o mar. Vinha pegava mais uma estrela e arremessava para o mar. Que estranho! O que será que esse jovem está fazendo? São milhares e milhares de estrelas do mar, ele não vai dar conta, a maré está baixando, ele não vai dar conta de salvar todas essas estrelas. E se aproximou do jovem e disse: são muitas estrelas, a maré está baixando, você não vai dar conta de tantas estrelas. Ele abaixou, pegou mais uma estrela e arremessou para o mar e falou: para esta, faz a diferença. (...) falo muito para os alunos que eu tento arremessar as estrelas para o mar, mas que depende de cada um. Eu falo muito e eles brincam até, não vão morrer na praia. Eu não quero, o meu objetivo não é ver ninguém morrer na praia, tento arremessar essas estrelas para o mar e dar uma assistência de maior qualidade, então o que a gente tem que ter como meta é querer ir para o mar,*

querer buscar, querer fazer a diferença que só a gente pode fazer. Eu tento enquanto professor, nortear isso mas depende deles também quererem.”

Do discurso de E 11, há uma RS de paixão por ensinar. O sujeito da pesquisa se mostra intencionalmente dedicado a resgatar o valor de ser professor, aquele que tem por sentido de vida e missão ensinar. No sentido figurado, atirar estrelas ao mar é mostrar todo um universo de possibilidades e impedir que elas repousem na tranquilidade das areias, ali permanecendo anos e anos sem saírem do lugar. A praia pode ser mais segura para alguns alunos que podem, independente da vontade do professor, arremessá-las ao mar em vez de permanecer na praia. Inegavelmente, tentar atirar estrelas ao mar é uma bela forma de ter esperanças e investir nelas, na diferença que elas vão fazer quando carregadas pelo movimento do mar e forem lançadas em outra praia e terem toda uma história anterior, repleta de possibilidades colhidas no caminho que percorreu. Esse conhecimento adquirido nos caminhos de um mar revolto poderá fazer estimular o movimento de mudança do conceito de cuidar para a Enfermagem.

Essa história que ilustra os valores do professor E 11 nos fez lembrar uma outra contada por SILVA (2000), sobre o peixe de passagem e o peixe de toca. O primeiro nunca pára, está sempre nadando e acaba se transformando num especialista em correntezas, e o segundo, como seu próprio nome diz, é o que dorme na toca. Conta a história que o peixe de passagem vinha descendo o rio tranquilamente até que sentiu vontade de nadar contra a correnteza. Como era peixe de correntezas, questionou sua atitude e seguiu em frente, mas sempre vinha a vontade de subir o rio. Pediu ajuda a uma borboleta e esta respondeu que não podia ajudá-lo porque voava livre, sem direção, mas que provavelmente atendia a uma lei da física. Seu caminho era o caminho de menor resistência. Como a vontade continuava, interrogou seu amigo coelho e depois a coruja que, finalmente, lhe deu a resposta que esperava para seu problema. Ela aconselhou a seguir o caminho de menor resistência, que é o do seu coração. Ficou muito feliz, quis voar, mas achou loucura. Teve coragem e pulou fora d'água e encontrou outros peixes. Achou que fosse loucura, “piração”! Mas não, era a Piracema, uma maneira de perpetuar a vida dos peixes.

Quando conto essa história, digo aos meus alunos que precisamos de gente muito forte na área da saúde. Num mundo em que a vida vale tão pouco e no qual vigoram a morte e a corrupção, precisamos de pessoas que tenham coragem de nadar contra a correnteza e de resgatar o valor único que cada ser humano tem (SILVA, 2000, p.133).

Estrutura Relevante 4

A influência do perfil do aluno adolescente na organização da prática pedagógica

Esta Estrutura teve que ser desenvolvida porque encontramos nos exemplos de parte dos discursos uma provocação chamada relevante para o desenvolvimento da Unidade II: o relato do perfil adolescente, considerado no planejamento das atividades docentes e na definição da metodologia de ensino.

E 10: “(...) eu dou aula para o primeiro ano, (...) o aluno é um adolescente, ele tem 15 anos, a gente tem que estar resgatando este aluno fora de aula, fazendo com que a aula não fique uma aula maçante, uma aula chata. Então eu trabalho muito assim com exemplos práticos, procuro fazer uma aula dinâmica, não sendo assim aquela coisa de trazer tudo pronto, sempre procurando o que eles já ouviram do assunto específico da área de saúde, mas sempre a gente tem exemplos de alguém, algum parente, então a gente vai trazendo eles para a realidade, mas de uma maneira com que não fique só eu colocando e eles escutando. Então eu procuro fazer uma aula dinâmica, a gente tem muita aula prática.”

E 7: “(...) às vezes, com o aluno do seqüencial nem tanto, mas o aluno do regular, a gente observa que eles sofrem às vezes, porque eles são adolescentes! Então algumas situações chocam. Muitas vezes você tem que cuidar do paciente e cuidar do aluno e aqui você acaba fazendo o cuidado humanizado com o paciente e com o aluno junto e, conseqüentemente, você ensina isso para ele, você consegue passar”

E 4: *“Com o pessoal dos adolescentes, (...) já é uma outra coisa, você precisa ter uma outra maneira de falar com estas pessoas. (...) as aulas de aborto que eu dei hoje para os alunos da complementação técnica, que são adultos, eu jamais poderia dar para este pessoal do primeiro ano a mesma aula. Lógico, eu ia falar, mas de outra maneira. Eles estão formando o pensamento, então precisa tomar cuidado, tem que ser tudo explicado no que você vai estar falando, e mesmo no estágio que eu acompanhei com adolescentes, que é o segundo ano quando eles entram, é tudo novo, então tem aluno que passa mal; então, além da parte técnica, você tem que estar vendo, explicando que eles estão começando e tudo. Você tem que acompanhar bem essa parte do emocional. Não que o adulto não tenha, mas o adolescente que está entrando é muito maior, então ele chora”. (...) Lembro um dia, primeira vez que eu nunca tinha dado aula para adolescente, o paciente morreu. Imaginei: nossa! que oportunidade deles fazerem pacote! Eu abri a porta do quarto e falei: vocês vão fazer pacote, vocês vão ver, eu vou ali ver outra coisa. Quando eu voltei, estavam todos parados na porta, olhando para mim. Então eu pensei: gente! eles nunca viram ninguém morrer! Eu não posso pôr o pessoal. Então eu mesma parei, fiquei assim sem graça. Tirei todo mundo do quarto, sentei e a gente conversou um pouco sobre morte. Aí eu caí em mim, vi que eu tinha feito a besteira, algo que não podia. Daí, a partir desse dia realmente, a coisa não só no falar, no agir, teve que ser diferente, para esse outro tipo de aluno. Porque a carinha que eles fizeram eu jamais vou esquecer. Eu achei que era a oportunidade deles estarem vendo aquilo, a técnica. Nunca ninguém tinha visto ninguém morrer, aí eu os ponho num quarto com um homem morto, um tira tubo, outro... nossa! Teve gente que saiu chorando, foi um sufoco, aí eu falei: nunca mais na minha vida!”*

E 13: *“(...) eu sempre fiz um projeto, não sei se seria projeto, mas um plano para o primeiro dia de estágio onde a gente tenta vencer algumas barreiras, alguns medos de pediatria, principalmente para os alunos, para os adolescentes que nunca entraram numa pediatria, que adoram trabalhar com a criança saudável, mas que têm medo muito grande de trabalhar com a criança doente, e*

acham que vão chorar, que não vão dar conta, que vão sair desmaiando, que vai ser muito duro. É terrível ver a criança doente, principalmente na Unicamp, onde são síndromes, são patologias extremamente graves, dependentes de respirador”.

Gostaríamos de resgatar, para reflexão desta Estrutura Relevante, uma referência bibliográfica apontada na Introdução: CALAPRISTE (1996), que considera a adolescência um processo fundamentalmente biológico, período em que se desenvolvem a cognição e a estruturação da personalidade. O adolescente vê o mundo com juízo crítico, é questionador, criativo, desrespeita o que para ele não tem sentido.

A partir do momento em que os professores identificam que possuem alunos adolescentes, as características próprias da adolescência devem ser observadas no processo ensino e aprendizagem. É próprio do adolescente ser receptivo a mudanças por estarem em fase de aquisição de identidade, portanto cabe aos professores adaptarem seus métodos de ensino estimulando seu potencial criativo e jamais inibindo ou sufocando suas iniciativas.

Podemos afirmar que nenhuma escola ou professor transforma o aluno em profissional, é ele mesmo com suas vivências e emoções, com o conhecimento que desenvolve por meio do acesso a informação e tecnologia quem fará de si um profissional. Mas entendemos que o professor que souber se colocar como mediador do processo de ensino e aprendizagem e como facilitador do desenvolvimento do conhecimento, e souber mostrar para seu aluno adolescente a importância de sua disciplina, terá satisfação no convívio com esses alunos que, na verdade, muito nos ensinam.

O convívio no cotidiano com o adolescente, se bem aproveitado, fornece ao professor a possibilidade de manter a mente atualizada sensível a mudanças, à energia produtiva da curiosidade e criatividade, à alegria da meninice com a seriedade da vida adulta que neles se instala aos poucos, evitando a cristalização e superação de sua metodologia de ensino.

Talvez devamos considerar também que, com a velocidade das mudanças tecnológicas e os meios de comunicação em franca expansão, nosso aluno adolescente pode, em muitos momentos, ter acesso mais rápido a informações que não detemos e aí cabe ao

professor que tem segurança em estabelecer ligações entre as informações que domina e as novas, aproveitá-las e transformá-las em conhecimento.

Nosso aluno adolescente, freqüentemente, é bem informado, mas não consegue associar idéias, fazer julgamentos, integrar conteúdos e transformar esse arsenal de informações, muitas vezes inúteis, em saber, em conhecimento útil. É necessário o professor artesão modelar essas informações e transformá-las em obras intelectuais, em conhecimentos, habilidades; enfim, em sabedoria.

Segundo ANTUNES (2002b, p.11): “Vivemos um período histórico de extrema banalização das informações”. Outrora, as informações chegavam aos poucos, havia disponibilidade de tempo para elas serem assimiladas e comentadas. Hoje estamos sofrendo um atropelamento de informações, uma infinidade imensa de saberes incomensuráveis, alterando o papel da escola e a função do professor.

UNIDADE TEMÁTICA III

ENSINANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANIZADO

Esta Unidade Temática foi desenvolvida a partir das respostas dos sujeitos da pesquisa à pergunta de número cinco do roteiro de entrevista (**Anexo 4**): Você ensina cuidado Humanizado? Fale sobre a sua maneira de ensinar o Cuidado Humanizado para os alunos.

Antes de analisarmos os aspectos dos discursos selecionados para o desenvolvimento desta Unidade, gostaríamos de apresentar fragmentos das idéias de MORETTO (2003). O autor nos esclarece que a característica do momento é a *sociedade do conhecimento*. Tem poder quem tem conhecimento socialmente construído e é capaz de produzir mais tecnologia que substitua o homem em seu trabalho profissional. Isso gera uma série de problemas sociais decorrentes do desemprego e da falta de trabalho laboral. Diante dessa característica da nova sociedade, cabe à escola ajudar a preparar o *gerente de informação e não meros acumuladores de dados*. O acesso à informação hoje é rápido, mas

utilizar as informações com objetivo de equacionar problemas do ponto de vista técnico, social, político e ético para tomada de decisões depende de aprendizagem.

Numa análise mesmo que superficial, parece que a escola não percebeu a mudança de rumos que se exige da educação, isto é, a necessidade de se deslocar o foco da aquisição de conteúdos para a aquisição de habilidades e competências da gerencia dos conteúdos. (...) O que a sociedade espera da escola é que ensine a aprender, isto é, que ensine a estabelecer relações significativas no universo simbólico constituído por nomes, datas, definições, fórmulas, procedimentos (MORETTO, 2003, p.12).

Podemos dizer que os novos rumos da educação brasileira apontam para a busca de um novo profissional e de um novo cidadão. Se aprender é construir significados para os fatos, ensinar é mediar e oportunizar esta aprendizagem.

Unidade Relevante 1

Refletindo a prática pedagógica do Cuidado de Enfermagem humanizado

Se educar é, na atualidade um grande desafio, como realizar essa prática constitui uma grande preocupação para os professores, que precisam desaprender como aprenderam no passado para ensinar no presente. Identificamos-nos com as palavras de Alberto Caeiro, a fim de obter uma leitura mais exata dessa idéia:

Procuró despir-me do que aprendi,

Procuró esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram,

E raspar a tinta com que pintaram os sentidos,

Desencaixotar as minhas emoções verdadeiras,

Desembrulhar-me e ser eu... (CAEIRO, 1978).

1 - As dificuldades e frustrações

E 2: “Eu só acho que, na Enfermagem, é mais difícil estar dando aula, diferente de um professor de nível médio, por exemplo. Com adolescente, nós temos que nos colocar no lugar de mãe, ser enfermeira, docente, psicóloga. (...) Então, na Enfermagem, tem algo mais a administrar; eu diria que nós temos que administrar o imprevisto e nós lidamos com problemas a todo o momento. Principalmente todos os dias, no campo de estágio, nós temos que saber lidar com isso, diferente de outras matérias, (...) quer queira, quer não, a Enfermagem lida com problemas e tem que ter um resultado positivo, apesar das dificuldades, da falha de material, da falta de material, (...)”.

Esse depoimento gerou em nós uma inquietação que se traduziu em preocupação. Por que temos que assumir vários papéis sociais ao ensinar o cuidado humanizado (mãe, enfermeira, docente, psicóloga)? Por que temos, no nosso cotidiano, problemas na realização dessa ação pedagógica de ensinar o cuidado humanizado?

Em MATURANA (1998, p.33), encontramos algumas pistas que nos auxiliaram nas respostas aos nossos questionamentos:

O adolescente moderno aprende valores, virtudes que deve respeitar, mas vive num mundo adulto que os nega. Prega-se o amor, mas ninguém sabe em que ele consiste porque não se vêem as ações que o constitui, e se olha para ele como expressão de um sentir. Ensina-se a desejar a justiça, mas os adultos vivem na falsidade. A tragédia dos adolescentes é que começam a viver num mundo que nega os valores que lhes foram ensinados.

Entendemos que essa contradição deve criar muitos problemas emocionais para o aluno que é adolescente, iniciando a vida adulta, buscando seus valores e princípios e talvez por isso o professor tenha que assumir papéis que vão além da docência. Às vezes do que ele necessita é de alguém que os auxilie na superação de suas dúvidas e dramas que vivem no cotidiano social e político do seu contexto de vida.

Para os professores, ensinar o cuidado de Enfermagem humanizado pode ser, no mínimo, problemático e contraditório quando, em seu discurso, prega o amor e o respeito ao paciente e, na prática, o que o aluno vivencia é a falta de material, o descompromisso da instituição para com o cliente, as péssimas condições de trabalho do profissional e do atendimento ao usuário e ainda a significativa exclusão de cidadãos aos serviços de saúde. Realmente pode instalar-se uma situação frágil, complexa, problemática e frustrante para o professor. Para uns, pode tratar-se de situação desafiadora: ele cresce à medida que gerencia os problemas e encontra soluções criativas; para outros é frustrante e desmotivadora.

E 4: “A partir do momento em que as pessoas tivessem um pouco mais de orientação antes de entrar num curso de Enfermagem, que fosse mudada de novo a idade, um pessoal mais velho, (...) então acho que talvez uma orientação ou então ter um curso a partir mesmo do pós-colégio, uma coisa mais definida, porque assim você teria aquela pessoa que quer fazer, com certeza, Enfermagem. A gente ganharia muito e o cuidado seria bem melhor”.

Para analisarmos a RS desse sujeito da pesquisa, é preciso que tenhamos uma reflexão: por que admitimos indivíduos tão jovens cronologicamente para uma profissão que pede maturidade pessoal e equilíbrio emocional? Até que ponto, atendendo às possibilidades de formação profissional somadas à geral, estamos contribuindo (ou não?) com a qualidade da assistência em Enfermagem? No mínimo, deveríamos criar situações de orientação sobre a profissão para os candidatos ingressantes nos cursos de ensino médio de Enfermagem ou estabelecer critérios de idade mínima para admissão neste curso profissionalizante. Ou restringimos a idade ou oferecemos mais disciplinas das chamadas ciências humanas para os alunos adolescentes poderem aumentar o conhecimento do ser humano inerente e necessário a quem cuida.

Mas ainda nos restam dúvidas, pois sempre fica a questão de que a idade não determina proporcionalmente a maturidade e talvez salientar as questões da adolescência que tratam do rito de passagem da infância para a fase adulta, uma fase que, por ser altamente desgastante e pouco tranqüila, poderíamos levar ao jovem maior sofrimento psíquico..

Portanto, somente uma avaliação minuciosa, contínua e talvez um aprofundamento no conhecimento da ciência da Psicologia para podermos afirmar serem nossas reflexões e propostas acertivas para solução da falta de maturidade emocional, normalmente freqüente do aluno adolescente.

E 5: “Eu ensino Cuidado de Enfermagem e procuro ensinar o cuidado humanizado. Nem sempre o cuidado humanizado é atrativo; ele não é assim uma coisa fácil de fazer; pelo contrario, é muito mais fácil eu chegar sete horas, eu pegar o plantão, entregar ao meio-dia com o paciente nos trinquês, tudo nos conformes, do que se parar e falar para a minha colega de plantão: desculpe, mas o paciente resolveu contar a vida dele e não deu tempo de eu trocar o curativo. Então é uma coisa super complicada de estar nsinando, mas eu acho que a gente precisa começar a passar, que às vezes é tão importante o ouvir quanto trocar o curativo. (...). Acho que um pouco fica, um pouco sempre acaba ficando, mas não é uma coisa fácil, é muito mais fácil você engatar uma primeira lá e fazer todas as rotinas, todas as técnicas que tem que ser feitas e esquecer essa parte. Então eu me policio bastante no sentido de estar passando essa parte para eles.”

Em E 5, uma constatação: é mais fácil ensinar a técnica do que o cuidado humanizado, mas deixa claro que realiza o cuidado de forma humanizada. Esse tipo de assistência demanda mais tempo, dá mais trabalho e nem sempre é valorizado. Deixar de executar uma técnica para ouvir o paciente é constrangedor, pois a valorização da técnica como atribuição da Enfermagem é evidente e solicitada enquanto o cuidado de enfermagem humanizado não conquistou seu merecido espaço e valorização.

O depoimento de E 5 nos levou a uma reflexão: o ensino de procedimentos técnicos requerem habilidade, destreza, memorização, agilidade e, sobretudo, treino, repetição. Mas se incorporarmos à ação de **fazer** a técnica, uma maneira de fazer de forma humanizada, além de a própria técnica se encaixar no formato de cuidado humanizado, vai requerer mais competências, ou seja: interação com o paciente, respeito, solidariedade, compreensão, carinho etc. E estaremos ampliando e, por que não dizer, “complicando” o cuidado de Enfermagem, agregando a ele valores, sentimentos, princípios...Talvez esse seja

o raciocínio executado quando afirmamos que ensinar a técnica seja mais fácil do que o Cuidado Humanizado.

E 8: “Uma ex-aluna eu peguei, que ela estava preparando uma medicação errada, eu vi de longe, eu cheguei pertinho dela e falei no ouvido: - escuta aqui, você, enquanto era minha aluna, você preparava a medicação tão bonitinha, com técnica e tal. Por que agora depois de dois anos de formada, você tem os vícios que os outros têm? Você é técnica, você faz a diferença, você teve a oportunidade de fazer o curso técnico, você tem que ser exemplo, você tem que dar exemplo para o outro, não você seguir os vícios dos seus colegas. Ela parou e olhou... – Olha, como eu fui sua professora, eu me dou essa oportunidade de chamar a sua atenção, para você parar para pensar. Não é aquilo que os outros vão fazer que eu tenho que fazer igual! Não, você tem que fazer a diferença, você aprendeu, eu tenho certeza que eu te ensinei! Então por que você não faz agora? Será que ela aprendeu?” .

E 8, em seu discurso, traz para nossa reflexão uma RS que questiona a competência de sua prática pedagógica: eu ensinei e o aluno aprendeu de fato o que foi ensinado? Segundo ASSMANN e MO SUNG (2000, p.210):

Os analfabetos de amanhã não serão os que não aprenderam a ler e a escrever, mas os que não aprenderam a aprender por toda a vida. E aprender por toda a vida não significa apenas manter-se em estado aprendente diante de novas formas de atividade humana. Significa igualmente continuar criativo e aprendente no que se refere aos relacionamentos interpessoais e à convivibilidade humana.

Talvez nos reste ainda refletir se estamos ensinando de fato o aluno a aprender. Até que ponto estamos conseguindo educar para os contextos em que estes futuros profissionais irão atuar?

Consideramos que para refletir sobre estas RSs da prática pedagógica, desta Unidade Relevante, deveríamos pensar nos desafios da Educação atual.

Desde 1996 a proposta da Unesco¹² de quais deveriam ser os quatro pilares da educação passaram a ser referência quase obrigatória: **aprender a aprender** (priorizar as experiências de aprendizagem); **aprender a fazer** (ênfases nas competências e habilidades); **aprender a viver juntos** (juntar competência e solidariedade); **aprender a ser** (realizar-se como indivíduo e ser social) ASSMANN e MO SUNG (2000, p.211).

2 - As alegrias: os acertos

O cuidar e o ensinar são atividades essenciais no cotidiano do enfermeiro, e para o enfermeiro que é professor, ensinar o cuidado de Enfermagem implica que ele detenha conhecimentos específicos de Enfermagem e do Ensino. Não possuímos no corpo de conhecimentos de Enfermagem receitas ou manuais para ensinar o cuidado humanizado, então cada um realiza em seu cotidiano formas e estratégias que vão sendo testadas e por ação-reflexão-ação vamos adaptando os métodos de ensino às necessidades da ação pedagógica nas disciplinas que lecionamos e no estágio que acompanhamos.

A auto-realização e o reconhecimento do trabalho do professor enfermeiro podem ser obtidos também em seu cotidiano, como demonstram os depoimentos de E 6 e E 13, que relatam que é por meio das atitudes de seus alunos no dia-a-dia escolar que identificam seus acertos e obtêm suas alegrias.

E 6: “Agora, em relação à disciplina de Psicologia, eu tento trazer muito para eles, é esta coisa que eu falei: se colocar no lugar dele, para você poder avaliar qual é a necessidade. Então eu percebo assim que, muito embora os adolescentes do jeito que são, eles chegam na sala de aula e falam: – Olha, professora, eu tive esta experiência no meu estágio...! Eles já conseguem associar alguma coisa do que você fala em sala com o estágio e quanto mais humanizado possível, quanto mais eu puder passar, (...), eu acho que consigo passar humanização e que eles, se conseguissem se imaginar nessa situação, com certeza, eles vão cuidar com mais carinho, mais paciência, mais tolerância, mais calma (...).”

¹² Unesco – Brasil: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Órgão no Brasil da Organização das Nações Unidas - ONU

E 13: *“(…), algumas alunas que terminaram o curso o ano passado e (...) algumas já estão trabalhando e foram muito bem classificadas (...), às vezes elas entram em contato comigo e me falam que, nas entrevistas, eles estão surpresos porque eles estão observando que nesse lado humano, no lado do relacionamento, o lado de que o profissional precisa ser diferente, elas estão trabalhando e tomara que (...) tivessem vários profissionais que viessem com esse perfil, talvez com perfil aí que a gente esteja tentando fazer. E eu vejo que aqui o nosso trabalho, para conseguirmos esse cuidado humanizado para conseguir um profissional realmente qualificado não só tecnicamente, mas no lado humano, no lado emocional, lado do carinho, (...) eu penso que a gente esteja caminhando o Departamento de Enfermagem como um todo. (...) Eu vejo que não dá para formar um aluno sozinho, não dá para ser um docente sozinho, realmente precisa ter uma interação muito grande, precisa ter um compartilhar do corpo docente para que visem realmente este lado do humano, que para mim é a essência que existe dentro da Enfermagem.”*

No depoimento de E 13, também identificamos outro comentário que achamos pertinente neste momento refletir. O professor relata que o Departamento de Enfermagem como um todo está empenhado em formar alunos que realizem o cuidado humanizado. Quando há consenso, união dos grupos em torno dos mesmos objetivos, uma base filosófica, a tendência é que as propostas pedagógicas possam sair da teoria para a prática, viabilizando e / ou facilitando a proposta de humanização dos cuidado de Enfermagem.

3 - Repensando a prática pedagógica

Ensinar o Cuidado Humanizado significa buscar novos caminhos dentro do campo da Enfermagem que tem como objetivos o cuidado e o ensino, e cujo cotidiano insere o zelo constante com o ser humano, com a vida. Repensar sobre a prática pedagógica deve ser um exercício do cotidiano também, pois ensinar e cuidar vão além das fundamentações teóricas, exigindo momentos de troca entre as pessoas: de quem cuida e de quem é cuidado, de quem ensina e de quem é ensinado e entre as pessoas que ensinam. Podemos contribuir com o próprio crescimento da Enfermagem quando nos mobilizamos

para o crescimento dos alunos, proporcionando momentos criativos que renovem o cuidar e o ensinar em Enfermagem.

Nos depoimentos de E 3 e E 6, reflexões que demonstram o processo dinâmico de pensar e repensar a prática pedagógica:

E 3: *“Mas eu acho que aqui a nossa escola tem esta preocupação, de estar trabalhando o Cuidado Humanizado (...). Nos cursos que a gente participa, este ponto sempre me chamou atenção, particularmente me chama a atenção, desde a época que eu estava na faculdade: Cuidado em Enfermagem era Apoio Psicológico e eu lembro que nas provas eu sempre não esquecia de colocar isso e hoje a gente chama de Cuidado Humanizado em Enfermagem, mudou o termo, mas desde novinha eu tinha esta preocupação (...)”.*

E 6: *“(...) só quando eu passei para o outro lado como docente, por- que supervisor treina, eu não treinava esta parte de humanização, então hoje eu vejo o quanto foi falho, o quanto tempo que eu fiquei ensinando errado, não se preocupando com a humanização. (...) dentro do currículo dos cursos agora, já está bem melhor do que a gente já teve no passado, porque eu não me lembro de ninguém falando de humanização no meu curso de graduação, (...) existia uma humanização por trás de tudo. Mas não era tão claro isso pra gente, (...) a gente não tinha claro o que era humanização. (...) esta coisa de você sentar, do toque, de você conversar com a pessoa segurando a mão dela, quando você percebe que ela está muito pra baixo ... a gente nunca ensinou, eu não conheci nada, nunca ensinei e nunca cobrei . Eu cobrava se estava limpo o tubo, se tinha secreção, eu ia lá, eu aspirava, eu fazia, eu conferia bombas, eu queria ver a medicação, se tava comendo direitinho. Eu estava preocupada com o tipo de assistência, sim, mas humanizada? Não sei; se tinha alguma coisa, estava escondidinho, no fundo do túnel; então eu queria ver o paciente bem, mas não tinha esse enfoque de você dar atenção ao ser humano e não ao quadro que ele está apresentando ali”.*

Segundo CAMACHO e ESPIRITO SANTO (2001), sempre que vivemos uma situação nova temos impressão de que podemos errar naquilo que realizamos, o que em instantes é natural, faz parte do nosso cotidiano e são essas experiências boas e ruins que nos enriquecem a cada momento.

Entendemos que todas as experiências que vivenciamos fazem parte do que somos hoje, e feliz daquele que souber tirar de suas experiências proveito e criar momentos novos, novas atitudes e sentir mais segurança após a experiência para realizar seu trabalho da maneira como julga ser correta! Na nossa leitura no depoimento de E 6 houve este momento de crescimento profissional e que ele trouxe ao professor mais segurança para sua ação pedagógica.

E 8: “Eu acho muito interessante que este “cuidado humanizado”, eu venho ouvindo isto desde a minha época de formação, mudou o nome, (...) só que trocou o nome, agora é Enfermagem humanizada, para mim continua sendo a mesma enfermagem daquela época: apoio psicológico, estar ao lado de, eu acho que isso é interessante. Por que ainda não foi incorporado? Eu entendo que é por isso: a gente incorpora quando você é aluno, no momento que você é profissional, da rotina do dia-a-dia, correria, o excesso de atividades, então este cuidado humanizado, esse pequeno detalhe que faz a diferença, (...) fica de lado. Então eu acho isso muito estranho; então, desde que Enfermagem começou como Enfermagem, o cuidado humanizado faz parte. Eu acho muito estranho que isto continua sendo um ponto crucial, nevrálgico da Enfermagem que ainda não foi superado.”

Para análise do discurso de E 8, buscamos nos fundamentar em SOUZA (1999, p.196-197):

Na listagem dos cuidados de Enfermagem nas diversas patologias e procedimentos técnicos, há sempre referência ao apoio psicológico. Constata-se que esse apoio psicológico não é definido e, menos ainda, a referência sobre a forma em que ele deve ser efetivado junto ao paciente. O ser reduz-se a uma patologia, aos cuidados com a sonda e os curativos. Fragmentam-se as pessoas em veias a serem

perfundidas, a lesões a serem tratadas, a braços e pernas a serem cuidados. A criança em certos momentos, passa a ser adulto em miniatura que deve aceitar controladamente toda série de intervenções do tratamento.

Podemos dizer que o cuidado de Enfermagem humanizado para alguns professores de ensino médio de Enfermagem talvez não esteja devidamente definido, incorporado e delineado e por isso continua sendo *um ponto nevrálgico e crucial da Enfermagem*, como afirma em seu discurso E 8.

Estrutura Relevante 2

Os instrumentos pedagógicos para ensinar o cuidado de Enfermagem Humanizado

Esta Estrutura Relevante foi criada com o objetivo de organizar os instrumentos pedagógicos do processo de ensino-aprendizagem que se fizeram presentes nos discursos dos professores. Para facilitar a reflexão sobre o assunto, os instrumentos foram selecionados em subitens; não tivemos intenção de eleger uma ordem de importância, pois consideramos que cada um deles faz parte de um todo relevante, que é o conhecimento e acesso a um arsenal de possibilidades didáticas.

Nossos comentários e / ou referenciais teóricos foram anexados após cada grupo de exemplos de partes dos discursos relacionados ao assunto a que dedica este aspecto do estudo.

A respeito do uso de material de apoio para o ensino e de instrumentos pedagógicos, gostaríamos de relevar as idéias de ANTUNES (2002c, p.37):

O bom professor não é aquele que só informa conteúdos, mas especialista em aprendizagens que conhece os meios para propiciá-la, adaptando-os à sua disciplina, ao nível etário de seus alunos e às condições ambientais que dispõe.

1 - O exemplo como instrumento pedagógico

E 6: “(...) então a gente passa isto para o aluno na prática mesmo, porque eu faço isso com o aluno e, às vezes, eu ouço alguns comentários assim de usuário: A senhora faz aquilo que a senhora gosta, por isto que a senhora vai bem com os alunos. É meio constrangedor contar isto para vocês, mas eu acho que isto faço perante o aluno, então não é uma coisa que me envaidece, é uma coisa que mostra para eles que a minha postura é o que eles devem se espelhar para seguir. (...). Esta é minha maneira de estar tornando a coisa mais humanizada possível, é mostrar que a gente tem que ter respeito pelo outro em tudo que a gente vai fazer. Então, dentro da sala de aula, eu tento sempre usar exemplos de coisas, de situações que aconteceram no estágio já comigo. Não é coisa que eu pego de filme, ou que você lê em livro. Eu tento usar bem a realidade, eu mostro as minhas falhas também, eu lembro tal coisa em tal época da minha vida que me ensinou que não é bem assim. Então eu já tento antecipar estas coisas para eles, para eles verem que a gente não é perfeito, que a gente também pode dar as escorregadelas, mas a gente tem que ter a consciência e consertar”.

E 7: “Na Pediatria, por exemplo, a gente se apega muito, eu não vou dizer que eu também não me apego às crianças, acho que é mentira, eu me apego sim! Eu acho que esta maneira que eu tenho de estar lidando com as crianças e até de estar convivendo com as mães, eu acho que passa para eles, porque eles já ficam com o meu jeito sem querer. “Meu Deus, eles estão fazendo como eu faço! Estou passando até isso. Mas é importante, eu acho que a gente não pode ser aquela pessoa técnica que vê só o plantão, pronto, acabou. Eu vou ver só a minha técnica, não é por aí não, acho que nós estamos nessa profissão eu acho que tem alguma coisa além. (...). Mas é uma coisa que a gente tem que fazer e que tem que gostar muito, muito mesmo, senão não fica não! ”

E 7: “(...) é através de ações que eu acho que a gente acaba ensinando o cuidado humanizado. E mostrando também o que não é legal fazer, eu acho que muitas vezes eles aprendem o cuidado humanizado com o cuidado desumanizado. Que quem estar de fora vê de uma outra maneira e isso é bom os alunos estarem enxergando porque, quando eles forem fazer a mesma coisa, eles vão ter este exemplo”.

E 8: “(...) ensinar não é só ensinar efetuar a técnica, (...), na maioria das vezes a gente ensina o cuidado humanizado com a nossa atuação, sendo um exemplo, (...) então, em determinados momentos, (...), eu tento me policiar. Se eu tenho dúvida, olho na papeleta o nome da pessoa, tentar chamar pelo nome, isto e outros detalhes, como deixar o paciente coberto. Eu acho que tem muita coisa: tentar sentar do lado do paciente, pegar na mão dele. Essa troca de calor, troca de energia que a gente passa, ele vai sentir mais confiança, ele vai sentir mais calor humano, ele vai sentir tão sozinho dentro de um hospital, que a gente sabe que a maioria acontece, então determinadas atitudes a gente demonstra para a equipe o cuidado humanizado”.

Para refletir sobre as Representações Sociais desses professores, gostaríamos de citar mais uma vez a obra de FREIRE (1999, p.38), em que ele expõe com clareza que ensinar exige a corporeificação das palavras pelo exemplo. Ele afirma que o professor que realmente ensina deve pensar certo e *pensar certo é fazer certo*. FREIRE nos faz refletir sobre as distâncias que, muitas vezes, se estabelecem entre o discurso e a prática de alguns professores:

Não há de pensar certo fora de uma prática testemunhal que re-diz em lugar de desdizê-lo. Não é possível ao professor pensar que pensa certo mas ao mesmo tempo perguntar ao aluno se sabe com quem está falando.

E 6 refere-se ao exemplo como instrumento didático para ensinar o cuidado humanizado. Cita que o professor deve ser um exemplo vivo de respeito para com o ser humano, servir de espelho e referência para seus alunos e demonstrar a satisfação resultante de se fazer o que se gosta. Também usa de exemplos retirados de sua vivência profissional

para analisar erros e acertos. Na RS desse professor, encontramos a problematização como instrumento de ensino e mais especificamente do ensino do cuidado humanizado.

Também nos chamou a atenção no discurso de E 6 a observação de que, ao citar exemplos de sua vivência profissional, o faz na tentativa de antecipar *coisas* que facilitam a atuação dos futuros profissionais, e, portanto, que os poupem de situações não desejáveis. MORIN (2001, p.16) traduz com simplicidade e muita beleza esta idéia exposta pelo professor: “É preciso aprender a navegar em um oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certeza”.

Dividimos os discursos de E 7 em dois momentos por entendermos tratar-se de duas abordagens distintas para o mesmo tema. No primeiro registro de parte da entrevista, o professor faz um depoimento emotivo, ao identificar que em momentos de estágio vê a imagem de sua atuação profissional refletida na atuação dos alunos. Demonstra que há intencionalidade em corporeificar o que deseja ensinar, mas que em outros momentos não há intencionalidade e ocorre, nesse caso, a constatação de que o exemplo na prática do cotidiano fala por si só.

Na maioria das vezes, nem a pessoa que influencia nem a que é influenciada têm consciência do que está acontecendo: afetamos os outros e somos afetados, sem nos darmos conta. Contagiamos os nossos alunos, portanto, por aquilo que somos e fazemos, embora, muitas vezes, sem a consciência de que isso esteja acontecendo (o que é um perigo!).

Também esse professor faz uma chamada sobre a importância de se fazer o que se gosta e gostar de Enfermagem é uma das condições contribuintes para a realização do cuidado humanizado.

No segundo discurso, E 7 comenta que algumas vezes o ensino do cuidado humanizado pode ser instrumentalizado pelo exemplo de desumanização, cabendo ao professor despertar no aluno a observação de fatos de desumanização, contribuindo para a análise crítica.

E 8 acentua o aspecto da influência que o professor exerce sobre os alunos. Mais do que teorizar, é preciso que a prática reflita nosso discurso e, nesse sentido, o discurso de E 8 nos alerta para que é *preciso se policiar e cuidar* para não agir com incoerência. Lembramos que um exemplo prático de cotidiano negativo na atuação do supervisor de estágio pode diluir todo o seu empenho teórico de humanização do cuidado.

2 – A história do paciente

E 1: *“Em relação ao cuidado humanizado, a gente sempre procura falar para os alunos que o paciente tem uma história de vida, que está lá, que não é uma patologia só que ele tem, que normalmente é uma pessoa que tem medo, que tem receio, que está com dor, que tem medo do sofrimento, que tem medo da morte, então ele não pode esquecer este lado, (...) a questão do acolhimento é uma coisa que eu falo muito para eles, que a gente tem que acolher o paciente, não apenas cuidar, mas sentir o que ele está sentindo e procurar fazer com que ele tenha mais serenidade, que ele fique mais tranquilo, através de conversas, para que ele possa verbalizar tudo o que ele está sentindo. Muitas vezes a gente leva tudo pronto para o paciente e não pergunta para ele: ó fulano, você quer alguma coisa diferente? Você quer tomar banho agora ou mais tarde? Então estas questões...estou sempre colocando para os alunos.”*

Nas palavras de MORIN (2001, p.57-8), encontramos sintonia para analisar o depoimento de E 1:

O ser humano é ao mesmo tempo singular a múltiplo. Dissemos que todo ser humano, tal como um ponto de um holograma, traz em si o cosmo. Devemos ver também que todo ser, mesmo aquele fechado na mais banal das vidas, constitui ele próprio um **cosmo**. Traz em si multiplicidades interiores, personalidades quiméricas, uma poliexistência no real e no imaginário, no sono e na vigília, na obediência e na trasgressão, no ostensivo e no secreto, balbúcios embrionários em suas cavidades e profundezas insondáveis. Cada qual contém em si galáxias de sonhos e de fantasmas, impulsos de desejos e amores insatisfeitos, abismos de desgraças, imensidões de indiferença gélida, queimações de astro em fogo, acessos de ódio, desregramentos, lampejos de lucidez, tormentas dementes...

Considerar e respeitar este “*cosmo*” individual definido por Edgar Morin enquanto realizamos os procedimentos de Enfermagem, implica termos conhecimentos sobre a natureza humana e como ela se apresenta no cotidiano do cuidar em enfermagem. Como já comentamos anteriormente, a Enfermagem não possui manuais e rotinas que ensinem o cuidado humanizado. À medida que tivermos consciência das diferenças que se estabelecem nos indivíduos através de suas vivências, teremos que considerar a história de vida de cada paciente para planejar o cuidado de Enfermagem. E para conhecer cada paciente e seu universo particular, é necessário uma interação que implica diálogo e respeito.

3 - A Representação teatral

E 2: “(...) *Então o que eu tenho visto com adolescente e está ajudando muito é a teatralização (representação teatral), que é a gente contar, por exemplo, as experiências na nossa vida profissional que nós vivenciamos.*”

A representação de fatos do cotidiano no formato teatral pode ser um instrumento quando queremos problematizar alguma situação ou fato para produzir conhecimento sobre o tema. A interpretação cria um laboratório de situações bastante rico para levantar a opinião dos alunos e obter deles uma participação mais dinâmica nas discussões. Atuando, o aluno vai refletindo; refletindo, vai analisando e revendo seus conceitos e assimilando outros pelo convencimento e sensibilização.

4 – Os textos

Na atualidade temos testemunhado a publicação de um número significativo de livros e artigos científicos sobre o cuidar em Enfermagem e o cuidado humanizado. O levantamento bibliográfico que realizamos na fase do projeto que antecedeu esta dissertação sobre o assunto comprovou a veracidade dessa observação. Os textos publicados podem, se utilizados adequadamente, ser instrumentos estimuladores da aprendizagem do cuidado de Enfermagem humanizado. Temos também em outras ciências, que não a Enfermagem, publicações da área das Ciências Humanas que podem ser transformar em potencializadores do processo de humanização dos cuidados de

Enfermagem, pois trazem em seu âmago e essência o ser humano e as relações que estabelecem com o contexto que estão inseridos.

No depoimento de E 3, um exemplo da importância do uso adequado do livro, da teoria para a compreensão da prática da humanização.

E 3: *“(...) eu sempre levo algum livro que fale sobre valores humanos para estar comentando no final do estágio, coisas que eles no outro dia irão enxergar no paciente. Eu tenho muita preocupação de estar chamando com alguma literatura e quando eles voltam na enfermaria eles passam a ver o paciente com outros olhos.”*

5 – O resgate de cidadania: direitos de cidadão cliente

E 4: *“(…), na medida que eu passo que o aluno tem que ter todo este respeito com o paciente, independente de tudo que a gente aprende, às vezes é difícil, a gente tem casos de pronto socorro, chega muito comentário, bandido, e quando é enfermaria, a pessoa está doente, é fácilimo você ver isto, você vai lá, você fala, mas no pronto socorro a coisa já fica mais difícil. Neste sentido você deixa de olhar este tipo de coisa. Mas mesmo assim temos que passar o cuidado independente do que está acontecendo. Ele está lá para prestar o cuidado e esta pessoa tem que ser tratado da mesma maneira. Com os adultos, as restrições aumentam, lógico, mas com o pessoal adolescente, a gente também tem este cuidado de estar conversando. Eu acho que sim, a partir do momento em que você prega o respeito pelo próximo, então já é uma maneira de você estar humanizando, independente do cuidado em si.(...) O respeito é isto que eu já tinha falado, é você estar ouvindo este paciente, sabendo o que ele está pensando, estar vendo as necessidades dele, não só a parte do cuidado em si”.*

E 6: *“Eu falo para o aluno assim: você tem a visão que a imprensa passa, da saúde coletiva, do atendimento público, então você tem que ter a visão do outro lado do balcão; agora eu quero que você faça o estágio observando*

como é estar do outro lado do balcão. Eu quero que você veja o que é a população chegando, cheia de direitos e exigências ou se estão chegando humilde e o funcionário destrata. (...) Por que falar na sala de aula é uma coisa, ele não vivenciou, agora quando ele vai para lá, daí ele vê na prática o que acontece. (...).Então é com a realidade que se ele se conscientiza, eu acho e falo pra eles: “ vocês vão fazer diferença”, vocês têm que orientá-los nos seus direitos quando eles são destratados deste jeito, por um profissional de nível superior. Você tem que ensiná-los a ouvir e colocar a boca no trombone”. (...) mostre que você conhece e sabe que tem o direito de cidadão, daí então a gente vai conseguir um amanhã melhor. Agora, se todo mundo ficar esperando que alguém vá brigar por mim, então nós vamos continuar a vida deste jeito”.

Nas idéias de FREIRE (1999, p.67), apontamos incontestáveis chamadas ao desenvolvimento no aluno de sentimentos de cidadania e respeito à vida.

É preciso deixar claro que a transgressão da eticidade jamais poderá ser vista ou entendida como virtude, mas como ruptura com a decência. Ou seja, se alguém quer se tornar machista, racista, classista, ou exercício de qualquer outro extremo, deve também se assumir como transgressor da natureza humana.

O autor considera que não existem justificativas genéticas, sociológicas, históricas ou filosóficas para explicar a superioridade da ‘branquitude’ sobre a ‘negritude’, dos homens sobre as mulheres, dos patrões sobre os empregados. Aplicando as idéias de Paulo Freire em nossas análises, diríamos que não existe nada que justifique a superioridade do profissional sobre o usuário, seja quem ele for: um pacifista humanista ou um criminoso.

Caberia ao professor do ensino médio de Enfermagem agregar ao ensino da técnica e do cuidado afetivo, emocional também as idéias de respeito aos direitos dos cidadãos usuários e profissionais de saúde, e aos deveres que cada um terá que exercer na ação terapêutica do cuidar.

Ainda nos referenciando em Paulo Freire e suas idéias para analisar este discurso, gostaríamos de fazer a seguinte citação:

A capacidade de aprender, não apenas para nos adaptar, mas , sobretudo, para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a, fala de nossa educabilidade a um nível distinto do nível do adestramento dos outros animais ou do cultivo de plantas. A nossa capacidade de aprender, de que decorre a de ensinar, sugere ou, mais do que isso, implica a nossa habilidade de *apreender* a substantividade do objeto apreendido (FREIRE, 1999, p. 76-77).

A possibilidade de fazer com que o aluno vivencie na prática a teoria de cidadania traz um conhecimento da realidade como ela é, possibilita que o aluno adquira a consciência da realidade sobre o seu enfoque, na intensidade e na perspectiva que lhe é própria. Na hora desse aluno exercer a reflexão e o juízo sobre a realidade, as contribuições do professor são de grande valor, mas a percepção e o enfoque que cada indivíduo dá sobre o mesmo objeto entendemos ser um exercício individual que o contato com a realidade facilita / dificulta simultaneamente.

6 - A música

*E 11: “Nas minhas aulas teóricas, (...) eu usei esta música (...) que estourou na parada, eu vivia escutando a música (...) é o **BRILHO NO OLHAR**, o nome da música e alguns refrões da música eu consegui associar para o paciente, (...) e essa música eu uso porque eu acho que sintetiza, é uma musica alegre, a melodia dela é muito gostosa, traz uma energia boa, uma coisa que levanta as pessoas (...). Este brilho no olhar vai me apaixonar oooooh e a música traz para o aluno e ele grava aquilo, ele sabe que para ele poder trazer uma assistência com qualidade, ele precisa estar bem com ele mesmo, e que ele não precisa ficar fazendo do paciente uma coisa melindrosa; que ele pode, às vezes, olhando, transmitir muita coisa para o paciente, transmitir sentimentos, segurança, confiança, diminuir o medo, diminuir o medo do desconhecido, diminuir a dor. Ele pode curar e o paciente volta: eu quero aquela pessoa, eu vim aqui para mostrar que eu estou bem e agradecer que ela vai fazer parte da minha vida o tempo todo.*

O refrão da música fala: “eu te juro que para sempre em minha vida só dá você”. A vida inteira ele ouve o paciente falando assim: eu nunca vou esquecer desta pessoa que cuidou de mim, ela não falou nada, mas ela me transmitiu muita coisa e isso eu acho que é humanizar”.

Segundo BACKES et al. (2003, p.37):

A música é parte integrante da natureza e dos seres humanos. Seus componentes básicos, como o ritmo, melodia e a harmonia, são os mesmos que compõem o nosso organismo, como por exemplo, o ritmo cardíaco, a sincronização rítmica ao caminhar, a melodia e o volume de nossas vozes ao falar.

Estes autores consideram que a música sempre foi um dos pilares de nossa vida, de nossa cultura e acompanha o homem desde seu nascimento, na forma de cantigas de ninar, até a sua morte, nos hinos e marchas fúnebres. Mesmo nas sociedades mais primitivas, a música esteve presente em cantos e danças rituais. A música possui uma energia transformadora.

Entendemos que quando E 8 utiliza a música para ensinar o cuidado humanizado, adaptando a letra ao ensino da humanização, analisando na linguagem musical relações com o cuidado, faz uso de um instrumento pedagógico às vezes pouco explorado, mas de grande relevância pela sua capacidade de envolver, sensibilizar e gerar mudanças de comportamento no aluno. O canto e a música fazem bem ao ser humano, podem descontraír, relaxar ou incentivar o movimento e levar a descompressão imposta pelo dia-a-dia, às vezes muito estressante, do cotidiano dos profissionais de Enfermagem.

UNIDADE TEMÁTICA IV

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM A HUMANIZAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE CUIDA

Ao analisarmos os discursos dos sujeitos da pesquisa, encontramos citações sobre a relação existente entre a prática da assistência de Enfermagem humanizada com as condições de trabalho que esse profissional possui e também com as suas condições psicossociais.

Nesta Unidade Temática, reunimos exemplos de partes de discursos que se referem à humanização do cuidador, de seu trabalho como instrumento de promoção do desenvolvimento do cuidado de Enfermagem humanizado.

Para introduzir o desenvolvimento deste tema, a título de estabelecimento conceitual, referenciamo-nos a COLLETI e ROZENDO (2003, p.189):

Pensar na relação humanização / trabalho em Enfermagem nos remete a duas diferentes formas de abordar o assunto. Podemos estar nos referindo à humanização do trabalho de Enfermagem ou ao trabalho humanizado da Enfermagem. No primeiro caso, estaríamos nos referindo ao desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem humanizada; no segundo, a um processo de trabalho que humanize as relações do trabalho de Enfermagem. Nos dois casos estaríamos falando da razão e do sentido que esses conceitos abarcam na profissão enfermagem, pois a Enfermagem é essencialmente cuidado, e cuidado prestado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade.

Nos discursos selecionados para o desenvolvimento desta unidade, encontramos depoimentos que estabeleceram as duas formas de abordar o assunto: estar bem para executar o cuidado (condições internas) e as condições externas que influenciam a sua assistência e podem torná-las desumanas.

Outra consideração que tecemos: quando falamos do cuidado ao ser humano, executado por outro ser humano, implica a assunção que trata de cuidado humanizado, que todo trabalho humano é humanizado, mas gostaríamos de refletir sobre os discursos que

tratam da assistência de Enfermagem (o trabalho de Enfermagem) e sua relação com o cuidado de Enfermagem humanizado.

Os discursos de E 3 e E 7 foram analisados no conjunto por afinidade e por um complementar as idéias do outro.

E 3: “(...) Na realidade, o profissional tem que estar ali disponível para outra pessoa que está precisando de um auxílio, precisando do seu trabalho mesmo.”

E 7: “(...) a gente vê muito por aí esse cuidado desumanizado, infelizmente as pessoas entram num ritmo de trabalho muito intenso e às vezes eles nem se apercebem quanto a isso. (...) As pessoas, no dia-a-dia, parece que ficam muito massificadas, (...) elas agem como se tivessem que, ao meio-dia, uma hora, tem que estar tudo pronto, não interessa de que maneira foi feita e o plantão da tarde chega, cobra isso dele e assim vai! Então, acaba sendo uma coisa mecanicista, tecnicista, só visando realmente o trabalho, mas o trabalho assim: material, não o lado espiritual da pessoa.”

Para E 3 realizar um cuidado de Enfermagem, é necessário estar disponível. Na nossa leitura, estar disponível implica colocar-se à disposição do outro, estar disposto a cuidar de quem precisa de nosso trabalho. Muitas vezes, em nosso cotidiano profissional, somos sobrecarregados, executamos a assistência de forma mecanizada e tecnicista ou até mesmo omitimos cuidados por não vencer as tarefas a nós conferidas no nosso turno de trabalho. Se alguém da equipe que me substitui não repara essa falha imediatamente, temos a desumanização do cuidado por ausência da assistência.

E 7, em seu discurso, expõe que muitas vezes o cuidado de Enfermagem é desumanizado porque o profissionais de Enfermagem entram num ritmo muito intenso de trabalho, ficam massificadas, buscam obter a produtividade de procedimentos e não a qualidade, agindo de forma tecnicista e mecanicista, sem observar o *lado espiritual da pessoa*.

A respeito da humanização do trabalho na Enfermagem, COLLETI e ROZENDO (2003, p.190) questionam como é possível ao trabalhador de Enfermagem cuidar de maneira humanizada, se ele próprio não habita um meio humanizado. “Quando há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões no interior do mundo do trabalho que deixam as pessoas nos limites físicos e psíquicos”.

Outra contribuição importante das autoras nesse artigo é o espaço de reflexão sobre a própria humanização na Enfermagem. Elas consideram que tanto a humanização da assistência de Enfermagem, quanto a humanização das relações do trabalho surgem de uma necessidade social e historicamente construída, não como um modismo na profissão mas como uma contribuição para a qualidade da assistência. O contexto em que as relações entre usuários e profissionais se estabelecem são importantes. Precisamos saber quem são nossos usuários, quem são os profissionais que estão atendendo, qual a filosofia da instituição e qual a formação dos profissionais.

Para analisar o discurso de E 1, E 6 e enriquecer a abordagem sobre a **humanização do trabalho de Enfermagem e da assistência de Enfermagem humanizada**, identificamos a necessidade de uma reflexão sobre o *self* do profissional de Enfermagem e dos indivíduos doentes e das relações de trabalho que coabitam nas relações interpessoais estabelecidas.

Encontramos em RADÜZ (1999a, b) o conceito de *self* e o esclarecimento da importância deste conceito para a prática de Enfermagem. A autora considera que, na Enfermagem, este conceito vem sendo desenvolvido com ênfase e destaque especial, e já existem autores que acreditam que quanto mais se conhece sobre o que o ser humano percebe sobre si mesmo, mais humanizada e holística é a sua assistência. O *self* é por ela considerado como o ambiente subjetivo total de uma pessoa, seu mundo interior, é composto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência da existência individual, é a que nos referimos quando dizemos “eu”. O exterior, as outras pessoas e coisas constituem um mundo distinto do interior que constitui o *self*. “O *self* é o ser humano, tal qual ele se mostra, se percebe, se pensa, se gosta, se imagina, se valoriza, se vê, se relaciona, enfim seu *self* é o que ele é” (RADÜZ, 1999a, p.194).

Ainda se referindo a esta autora, em sua opinião, se o foco principal da Enfermagem é o ser humano, seria lógico e natural investir na aquisição de conhecimentos sobre si mesmo e desenvolver capacidades de observação, percepção e comunicação para benefício do usuário e do trabalhador de Enfermagem. Coisa que não acontece no nosso cotidiano, pois, como vimos, a técnica e a visão tecnicista são a forma dominante dos vários momentos da vida e da Enfermagem.

E 1: “Antes de mais nada, eu sempre falo para os alunos que a gente precisa se cuidar antes de cuidar dos pacientes. Então, ver a nossa parte emocional, se está legal, se não está, procurar ir a fundo nessas questões. É preciso estar bem para poder cuidar daquele sujeito que está lá precisando da gente”.

E 6: “Hoje, aqui dentro da escola, a gente pelo menos se preocupa muito com o profissional, a gente fala muito: você tem que estar bem para poder cuidar de gente. Claro, senão não dá. Eu estou com um monte de problemas eu tenho que reconhece que não tenho condições. Você pode dizer que todo mundo tem problemas, mas tem coisas que não está dando para você fazer o seu serviço, que é uma coisa que exige muito de você e aí você pode estar fazendo e pode cometer erros importantíssimos. Então acho que precisa de humanização da chefia também para você ter abertura, para que eu possa chegar e falar pra ela: “olha, eu estou com isto assim e assado, me tira um pouco de lá, me põe em outro lugar para que eu possa me estabilizar. (...) A gente vê muito assim enfermeiro fugindo, o paciente solicitando, “eu já venho já, depois eu volto! “. Mas na verdade, hoje eu entendo que é uma fuga, não é porque o serviço só exige, existe muito serviço assim, mas é que as pessoas precisam humanizar, não sei qual é a resposta que eu vou dar então é mais fácil eu sumir, me omitir, eu não fico tão perto, conseqüentemente o paciente não tem intimidade comigo”.

O que nos chamou a atenção nesse discurso foi a possibilidade identificada por E 6 de que o profissional, em certas ocasiões, foge do paciente, negligencia o cuidado porque sabe que tem que humanizar o cuidado, mas tem medo de se envolver com o paciente, estabelecer uma relação interpessoal com o usuário e evitando o vínculo. Sobre

esta questão, COLLETI e ROZENDO (2003. p.191) nos alertam que pode ser que a equipe esteja despreparada para manter um relacionamento mais próximo dos usuários: “Faltam conhecimento e preparo que dêem suporte para trabalhar com a dor e o sofrimento do outro, para estabelecer processos efetivos de comunicação”.

Consideramos, após as reflexões a que submetemos este discurso, que as estratégias defensivas adotadas pelos usuários e pelos profissionais de saúde são uma busca interna, um mecanismo de defesa contra os sentimentos gerados por suas emoções no cotidiano da Enfermagem. Ao negar ou rejeitar o sofrimento humano, a Enfermagem se protege. Mecanizar o cuidado, o uso do conhecimento técnico desvinculado da afetividade, a rotinização, a impessoalidade nas relações com usuários são, muitas vezes, mecanismos de defesa. Não estamos com esta consideração justificando erros e negligências do cuidar em Enfermagem, mas estamos buscando analisar as razões que os determinam.

Não podemos nos abster de comentar também que o impacto dessas atitudes de defesa, da banalização do sofrimento do usuário e do profissional de Enfermagem e a aceitação como natural da prática de Enfermagem por profissionais despreparados são extremamente negativos para a profissão e para o usuário.

A reflexão deste tema nos trouxe uma outra inquietação: como rever na profissão o conceito de que esta é uma prática de risco em que o sofrimento é inerente à profissão. A ciência Biossegurança e a Saúde Ocupacional têm contribuído para reverter as questões sobre risco, com as propostas de Segurança e Proteção, promoção da saúde do trabalhador, mas para mudar o paradigma de que exercer Enfermagem é sofrer com o sofrimento e a dor dos pacientes, teríamos que investir mais no preparo dos profissionais, no apoio psicológico das equipes, principalmente naquelas cujos pacientes são de alto risco ou portadores de doenças terminais.

No início da Enfermagem profissional, a alienação e falta de envolvimento com o paciente eram justificativas para a manutenção do rigor das técnicas e os profissionais alegavam que a afetividade comprometia seu desempenho. Na visão dos usuários os profissionais de saúde eram pessoas “frias” que aparentavam pouco os próprios sentimentos e que, normalmente, não se importavam com o sofrimento do outro.

O discurso da Enfermagem moderna realmente mudou, mas na prática a afetividade que hoje apregoamos como necessária ao cuidado, muitas vezes, é deixada de lado e agimos somente com a razão, desprezando os sentimentos com as mesmas justificativas: mecanismo de defesa para diminuir o sofrimento profissional.

Entendemos que cabe, neste momento do estudo, uma reflexão: se pretendermos humanizar os cuidados, teremos que lembrar que a humanização dos profissionais antecede e disponibiliza possibilidades de assistência de Enfermagem humanizada.

Na formação desses profissionais, deveriam constar disciplinas com maior número de aulas das Ciências ditas Humanas e Sociais, para maior compreensão do ser humano, principalmente o doente, o que necessita de auxílio na manutenção de sua saúde e uma relação de ajuda do profissional da equipe de enfermagem. Estas disciplinas deveriam estar voltadas também para o desenvolvimento emocional dos futuros profissionais, para que tivessem condições de ajudar o paciente, sem com isso desenvolver sofrimento psíquico que interfira na sua qualidade de vida e na qualidade da assistência que prestam.

E 7: “(...) eu acho que é bem isso, a gente tem que fazer o cuidado com amor, com dedicação, com técnica, principalmente. Não é porque estou ali com uma criança, por exemplo, que eu não vou colocar luva porque é criança, nada a ver, não tem essa. Então é bem de ações da gente mostrando o certo e o errado”.

O enfoque dado por E 7, nesse discurso, traz uma nova contribuição para um aspecto já discutido anteriormente: o paradigma de que Enfermagem é profissão de risco. Esse professor nos fez refletir sobre o oposto da desumanização: a humanização desmedida, desvinculada da técnica. Essa é uma atitude extremista que deve ser evitada a todo custo quando orientamos nossos alunos sobre a assistência de Enfermagem humanizada, senão estaremos reforçando o paradigma do risco, porque realmente ele se estabelece, muitas vezes, em atitudes como essa. Humanizar significa preservar as Técnicas Universais de Controle de Infecção e também aplicar as técnicas de forma afetiva, considerando a dor, o sentimento, as vivências do cuidador e daquele que teoricamente é cuidado. Pois quando

cuidamos, também somos cuidados; a interação contraditória mantém a qualidade da ação e a consciência deste fato auxilia na melhoria da qualidade do ato.

E 11: "E a gente encerra no final do ano levando eles, é um dia de estágio da disciplina de Higiene e Segurança; eu fiz este projeto com eles de levar, chamo este projeto de "Projeto vida". Até me emociono de falar porque é muito gratificante a gente ver o retorno disto, eles vão para este lugar, e fazem as várias coisas que são abordadas nesta disciplina: é tentar ter o dia do exercício físico, condicionamento físico que é importante para o trabalhador, então ele libera o que foi, que acho que é uma coisa difícil no cuidado, é você lidar muito com a dor das pessoas. Em Enfermagem, às vezes não tem um momento, então o profissional trabalha hoje aqui, amanhã, à noite, em outro local e ainda estuda e ainda tem a família, então ele não tem o momento do lazer com a família, ele não tem um momento para ele. (...) Nossa, eu cheguei pra trabalhar mais leve, mais tranquila, a minha companheira falou o que aconteceu com você minha filha falou nossa mãe: Hoje você dormiu mais tranquila, como foi bom este passeio para você! Então eles vão, entram no ônibus, têm a confraternização do passeio. Até a chegada no local, eles fazem uma caminhada, vêem a importância da caminhada, a importância de entrar em contato com a natureza, daí tem vários passos. Quando a gente chega no local, eles fazem uma reflexão a respeito, no local a gente lê alguma coisa para eles pensarem, entram em contato com a natureza, aí eles plantam, mexem com a terra e depois tem todo um passeio dentro dessa área que a gente andou.

(...) humanizar não é só dar assistência ao paciente, mas também tem que vir do cuidado do profissional; o profissional cuida de todo mundo, mas ele não cuida de si mesmo. E aí você vê o desumano porque ele vai se desmotivando, ele não cuida dele mesmo e, para ele cuidar do outro, ele não consegue dar uma qualidade de assistência mais humanizada".

Quando organizamos a ordem de exposição das partes dos discursos que consideramos relevantes para o desenvolvimento desta Unidade, deixamos propositadamente este discurso por ultimo porque entendemos que ele contribui como um momento de reflexão que possibilita a integração das idéias dos outros sujeitos da pesquisa.

Como o discurso contém várias idéias, elas foram pontuadas para facilitar a leitura da RS desse professor. Ao avaliar o Projeto que o Colégio desenvolve, considera que o retorno é ótimo, que os alunos voltam mais tranquilos, mais integrados, a experiência possibilita a prática do conteúdo teórico da disciplina. Também são idéias levantadas por E 11: O profissional normalmente não tem tempo para si mesmo, sua família; existe a necessidade de o aluno aprender a cuidar de si para trabalhar mais tranquilo; existe uma influência muito grande entre a forma de cuidar e o estado emocional de quem cuida. Ainda acrescenta que o reflexo da falta de cuidado consigo aparece na forma de desmotivação para o trabalho e desumanização da assistência de Enfermagem.

Em nosso cotidiano, já vivenciamos o desgaste físico e emocional do profissional de Enfermagem junto a clientes com risco eminente de morte ou com dor. Também colecionamos algumas histórias desgastantes. Além do sofrimento adotado, não é raro que as condições e o ritmo de trabalho desgastem psicologicamente o profissional.

RADÜNZ (1999a, p.57) nos alerta que, para evitar o desgaste, precisamos fazer sempre um “reabastecimento físico e mental, cuidando de si mesmo para assim poder cuidar dos outros”.

A autora nos convida a fazer a seguinte reflexão: temos nos lembrado de que, além de profissionais, somos pessoas? Temos enxergado e valorizado as pequenas coisas que acontecem no nosso cotidiano? Temos permitido que os outros cuidem de nós? E temos cuidado de nós mesmos e tirado um tempo só para nós? Temos aprendido a ser compreensivos com os outros e conosco, deixando de lado o perfeccionismo e a excelência? Temos estabelecido prioridades para assuntos importantes para nós? Sabemos dizer não a tarefas delegadas que não temos capacidade de realizar? Temos buscado a nossa qualidade de vida: sono, repouso, exercícios, boa alimentação? Temos feito coisas que nos trazem prazer?

Entendemos que, se a maioria das respostas forem negativas, podemos estar iniciando ou vivendo um desgaste pessoal e profissional, o que seria uma contradição à prática de humanização do cuidar em Enfermagem.

O cotidiano de Enfermagem pode ser carregado de emoções e sentimentos que nos desgastam e nos desequilibram. Para evitar que processos estressantes nos desarmonizem necessitamos desenvolver formas para descarregar nossas tensões. Nas reflexões de SILVA (2000), encontramos sintonia com nossas idéias. Ela nos orienta a nos questionarmos onde descarregamos nossas tensões, se descarregamos! E em que lugar, de que forma e em quem? No esporte, na música, na meditação, na cozinha, nos filhos? Outro questionamento por ela recomendado é escolhermos um bom lugar para descarregar nossas tensões.

Quando E 11 afirma, em seu discurso, que o profissional não tem tempo para si mesmo nem para a família, vieram-nos à lembrança palavras de SILVA (2000, p.102-103):

Como somos cuidadosos para chegar ao hospital no horário certo...Mas quantas vezes, para sair, nos atrasamos, porque queremos ter certeza de que toda a medicação da bureta correu mesmo, de quem ficaram claras as anotações para o pessoal do próximo plantão, queremos nos despedir daquele paciente que receberá alta naquele dia, e assim vamos ficando sempre um pouquinho mais...

A autora conclui seu pensamento levando-nos à reflexão de que, mesmo amando demais nossos filhos, nesses momentos que permanecemos a mais no hospital, eles acabam sendo os últimos a saírem das creches ou da escola. Entendemos que essas atitudes geram em nós, freqüentemente, uma sensação de culpa por negligenciarmos a atenção aos nossos familiares que, como os amamos, os sentimentos gerados pela falta de controle e a má administração do tempo nos frustram e desgastam. O ideal seria então o equilíbrio dos vários papéis que podemos exercer durante nossa vida, com o papel do profissional dedicado que ama o que faz. Mas este é um grande desafio!

Segundo SILVA (2000, p.50), devemos nos preparar diariamente para o privilégio de poder ajudar uma pessoa que esteja precisando. Como ensinam os médicos do Oriente, é necessário cuidar da própria alimentação, tomar banho, meditar e mentalizar para que possamos conviver com o sofrimento dos outros e proporcionar-lhes bem-estar e felicidade. “Pense na paz, crie um ambiente ecológico saudável, pratique a esperança, esteja atento à natureza das coisas. Seja amável, todos os dias”.

Para concluir a análise das **Unidades Temáticas**, gostaríamos de colocar em pauta o depoimento de E 6:

“Então, entre outras coisas que eu sempre falo quando eu quero dizer cuidados humanizados, é que é um sonho para mim, eu quero ver estes profissionais trabalhando com gosto, muito atento ao emocional do paciente e tem que saber tudo direitinho. Se eu estiver numa cama, eu não quero tremer quando alguém chegar perto de mim, (...). Então eu espero que pelo menos, enquanto docente, eu consiga passar alguns conhecimentos para eles, alguma experiência, alguma coisa que eu adquiri depois com a docência, do quanto é importante a gente se imaginar deitadinho lá na cama, (...) Eu sempre fui assim, isto também não existe mais isso! sempre dá para crescer, dá pra mudar desde que eu não exija nada em troca.”

Em seu depoimento, E 6 deixa explícito o desejo de ver a humanização do cuidado de Enfermagem se concretizar na prática do cotidiano e espera que esteja fazendo seu papel de docente facilitando a prática do discurso de humanização.

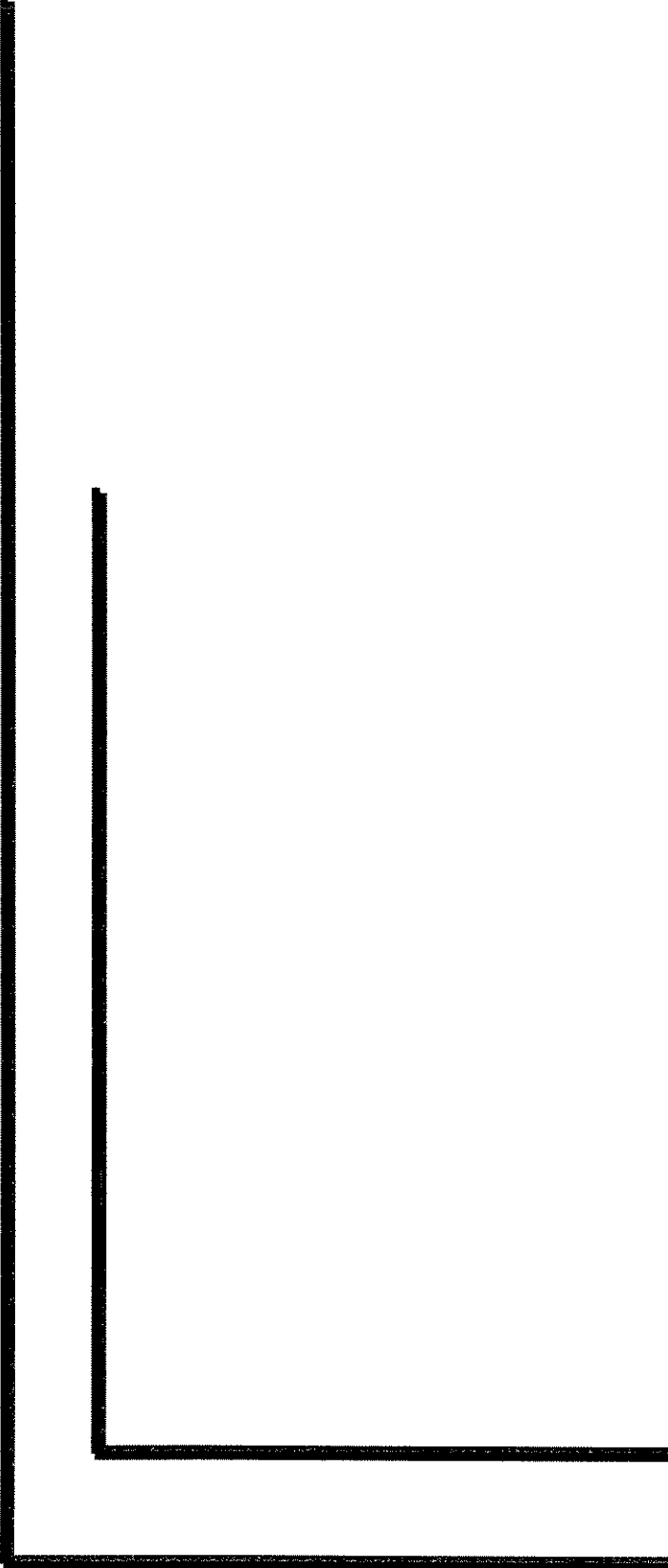
Durante a fase de levantamento bibliográfico e definição do referencial teórico que iríamos utilizar para realizar este estudo encontramos nos teóricos sobre o Cuidado de Enfermagem e Cuidado Humanizado um desejo contido e muitas vezes explícito de que sonham em ver a humanização do cuidado de Enfermagem presente no discurso e na prática do objeto essencial da Enfermagem, que é o cuidar de indivíduos.

Todos temos um grande sonho. Qual é o seu? O meu é humanizar os hospitais. Você acha que estou louca? Não...é que já descobri a importância de sonhar grande. Dizem que a primeira condição para um grande sonho se tornar verdadeiro é ter uma grande capacidade

de sonhar; a segunda, ter fé no sonho. Por que o homem sempre sonhou e sonha, ele hoje é capaz de atravessar os mares, os ares, as doenças, as perdas. Porque soube observar a realidade, foi capaz de realizar seus sonhos: das plantas vieram os remédios, dos animais a localização das fontes de água e trilhas mais fáceis para percorrer. Porque se arrisca a sonhar e a criar, o homem transforma, transmuta (SILVA, 2000, p.13-14).

Conjugamos com o sonho desses colegas enfermeiros e teóricos do cuidado humano. A realização deste estudo faz parte da nossa intenção de contribuir com a perspectiva do cuidado humanizado sair do plano ideal, do sonho, e transformar-se numa realidade.

Quando investimos na idéia de humanização dos cuidados, projetamos o que somos e o que esperamos da sociedade, ou seja, quando ensinamos nossos alunos, estamos investindo numa sociedade melhor, mais digna, mais coerente, que assegure que as diferenças individuais sejam observadas, que o respeito à vida, ao ser humano esteja presente nas ações de Enfermagem. Também podemos dizer que estamos cooperando com a profissão de Enfermagem para que ela se estabeleça e ocupe um espaço real e significativo na atenção à saúde dos indivíduos.



5- CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS FINAIS

Tivemos como objetivos do estudo: identificar as RSs dos professores do Curso Técnico de Enfermagem e analisar as RSs relacionadas ao ensino do cuidado de enfermagem humanizado.

Quando coletamos e identificamos as RSs em **Unidades Temáticas e Estruturas Relevantes**, buscamos organizar e apresentar os achados em um formato que desvelassem a realidade do professor ao ensinar, pensar, e representar o chamado cuidado humanizado.

Temos consciência que as considerações reflexivas finais podem significar elementos que na realidade são representações em constantes transformações, portanto não acabadas.

O momento que captamos o professor é dinâmico, está em metamorfose e é produto transformável e transformante da realidade.

Apresentaremos a guisa de alinhar o final do estudo questões, e achados que se apresentaram ao longo do estudo e que são representações desveladoras do comportamento do Professor de Ensino médio de enfermagem.

Ao discutir a **UNIDADE TEMÁTICA I: Cuidados de Enfermagem humanizados**. Foram apresentadas três Estruturas Relevantes que abordaram questões relacionadas ao cuidado de enfermagem, ao cuidado de enfermagem humanizado e desumanizado e depoimentos que envolveram valores e ideologias da profissão.

Identificamos que existe uma dicotomia entre o cuidado de enfermagem e o cuidado humanizado, que se manifesta por meio das representações que indicam que o cuidado de enfermagem é o cuidado que valoriza a técnica, que é diferente do cuidado humanizado, pois esse vai além da técnica, é o cuidado que valoriza as interações entre o profissional e o paciente. Ou seja, além de executar a técnica, se preocupa com as emoções, com os sentimentos, enfim compreendê-lo nos seus múltiplos significados.

Algumas RSs não dicotomizam o cuidado de enfermagem do cuidado humanizado, embora não aparentam uma identificação consciente se aproximam das teorias de enfermagem abordadas por Wanda Horta, Dorothea Oren e Madaleine Leininger, Outras referem que o cuidado humanizado deve ser revestido de amor, entretanto não relacionado e objetivado sob uma perspectiva política, profissional e emocional destituída de interesses, tratam a questão de forma pouco refletida, voltada para uma subjetiva melhora do paciente fundamentada sobre os seus interesses e forma de ver o mundo, até um pouco egoísta, aparentam carência e condicionam o ato de fazer o bem a alguma forma de compensação pessoal.

Contraditoriamente um professor afirma que “o cuidado humanizado é o compromisso moral e profissional em relação ao outro, é quando o profissional tem uma consciência crítica de seus atos e atitudes, tendo no seu dia - a - dia uma postura de empatia em relação ao outro”. Portanto, o cuidado humanizado é o cuidado fundamentado na possibilidade crítica incorporada ao seu cotidiano profissional e está crítica pode inclusive envolver o amor.

Identificamos que o cuidado de enfermagem está fundamentado no **fazer** em detrimento da construção **do ser** e de **estar presente**, isto é, deve estar integrado aos problemas do paciente, interagindo com o paciente, a família e outros profissionais, ampliando, portanto o conceito de cuidar.

O cuidado humanizado versus o desumanizado se revela nos depoimentos dos professores quando apontam a ausência de considerações com as particularidades que diferenciam um ser humano do outro, portanto um protocolo de cuidado de enfermagem pode se transformar em um instrumento de desumanização, pois nivela todos os seres humanos como sendo iguais com sentimentos e necessidades idênticas.

Desumanizar, para vários professores, está relacionado ao cuidado de enfermagem despersonalizado, generalizado, num profundo desrespeito a singularidade dos indivíduos, falta de compreensão, de respeito e solidariedade e ainda desprezo pela história de vida de cada um (p.77). Consideram ainda uma contribuição a desumanização do cuidado, o profissional de enfermagem mecanizado, robotizado, normatizado, desprovido

de pensamento crítico e de auto-avaliação e sem a capacidade de ter sentimentos e se emocionar e reagir. A enfermagem ao ser praticada sem prazer, e sim pela busca do emprego fácil, ou pelo salário garantido, pode levar ao processo de desumanização.

Outra questão que merece destaque é a relação entre humanização e desumanização do cuidado que vai ficar restrito a complexidade da unidade de internação e ao quadro clínico do paciente, pois é afirmado pelos depoentes que uma paciente em um Centro Intensivo, em função da sua grave condição, não existe na ordem de prioridades dos cuidados possibilidades de preocupações com a humanização, pois a necessidade é eminentemente técnica. Considerando, portanto, a tecnologia e a humanização como inversamente proporcionais, quanto mais tecnologias, menores são as possibilidades de humanização do cuidado.

Na **Unidade Temática II**: o trabalho docente. Foram discutidos quatro Estruturas Revantes que abordaram a organização e os objetivos das práticas pedagógicas, princípios e valores que influenciam essa prática e ainda, alunos adolescentes que se diferenciam dos adultos quando tratamos de organização de práticas pedagógicas.

A preocupação com aspectos que envolvem o planejamento de ensino a sua sistematização e os conteúdos envolvidos demonstram preocupação e iniciativa de humanização das técnicas que são ensinadas, pois se baseiam em não ensinar a técnica de forma pontual, fragmentada e taxativa, mas sim busca a flexibilidade, adequação aos princípios científicos e ajuste aos alunos adolescentes. Uma representação que ilustra este tópico foi a do professor E 5 que aponta: “(...) aquele paradigma todo de que você acha que tudo tem que ser feito de forma pontual, e nós da enfermagem somos educados a isto, tem um senso de organização de perfeição que é muito cobrado. (...) a vida não são normas e regras e às vezes a gente tem que quebrar sim para melhor assistir” (p.99).

Outra questão é o fato de existirem normas e leis que assegurem um cuidado humanizado, entretanto o que falta é a implementação, é fazer valer os direitos e as possibilidades de usufruir dessas normas dos códigos e leis existentes.

Quanto à maneira de ensinar enfocaram, necessidades de provocar a curiosidade do aluno lembrando os ensinamentos de Paulo Freire embasados no princípio da ação – reflexão – ação.

Quanto aos objetivos da prática pedagógica, se baseiam no plano de ensino do colégio para atingir propostas de humanização. As palavras de E 6 (p.103) nos levam a reflexão que os objetivos que estabelecemos para a ação de ensinar tem muita relação com o tipo de profissional que queremos formar, ou seja, quais as competências e habilidades que esperamos que o futuro profissional desenvolva e que estejam relacionadas à humanização.

Sobre a questão que envolve o ensino do cuidado de enfermagem, E 3 considera importante a formação técnica específica de enfermagem na atuação nos estágios supervisionados, mas valoriza e prioriza a comunicação interpessoal e a integração e interação com o paciente. E 10 salienta que na enfermagem a preocupação dominante em relação à produtividade é a quantidade em detrimento da qualidade, e para que seja produzido um ensino de qualidade esta relação deve ser invertida priorizando portanto a qualidade.

Quanto à influência do perfil do adolescente na organização da prática pedagógica salientamos os depoimentos de E 10, E 7, E 4 e E 13 que representam a aula como sendo necessariamente dinâmica, participativa e criativa, pois o adolescente interpreta o mundo com juízo crítico, é questionador, criativo, desrespeita o que para ele não tem sentido, portanto as características próprias da adolescência devem ser observadas nas relações de ensino e aprendizagem.

A questão é: será que este aluno ao vivenciar a prática de ensino de enfermagem, convivendo com o sofrimento, a doença, potencializaremos as características, geralmente turbulentas da adolescência ou estaremos ajudando a formar um profissional mais humanizado e que reproduza na sua prática cotidiana de trabalho ações humanizadas. Uma personalidade em formação pode também mais facilmente ser deformada ou mal formada.

Não confundir informações com conhecimentos, é uma das tarefas fundamentais do professor, a quantidade e a velocidade de conhecimentos que o adolescente detém não assegura que esse estabeleça relações e associações entre as idéias. Integração dos conteúdos, construção de julgamentos e transformação deste arsenal de informações em ações produtivas e conhecimento aplicáveis às necessidades humanas exigem capacidade intelectual e maturidade emocional que freqüentemente o adolescente não possui.

Na **Unidade Temática III** que aborda: ensinando o cuidado de enfermagem humanizado, foram discutidas duas Estruturas Relevantes que abordaram a prática pedagógica do cuidado e os instrumentos pedagógicos para ensinar o cuidado de Enfermagem Humanizado.

Quanto às dificuldades de ensinar o cuidado humanizado nos prendemos as representações dos Professores E 2, E 4, E 5 e E 8 que enfocam os múltiplos papéis sociais que os docentes assumem com o aluno adolescente, portanto deve ser um professor que além de ter preparo pedagógico, psicológico e emocional deve ser revestido de humanização, ou seja, o processo de humanização deve ser iniciado na relação aluno e professor. Muitos dos valores e princípios ensinados pelos professores nas salas de aulas se conflitam com as práticas que são encontradas nos locais onde ocorrem as práticas de enfermagem. Entendemos que esta contradição pode criar problemas emocionais para o aluno adolescente, que está buscando valores e princípios, por isso os professores têm que assumir papéis que vão além da docência.

Para os professores ensinar o cuidado de enfermagem humanizado pode ser no mínimo problemático e contraditório, pois quando no seu discurso prega o amor e respeito ao paciente, na prática o que o aluno vive é a falta de material, o descompromisso da instituição para com o cliente, as péssimas condições de trabalho do profissional e do atendimento ao usuário, e ainda uma significativa exclusão dos cidadãos nos serviços de saúde.

Nas representações os professores afirmam que deve existir uma idade mínima para admissão ao curso de enfermagem e uma orientação explicativa sobre as características da profissão de técnico de enfermagem, questionamos se a idade cronológica sempre está diretamente relacionada à idade psicológica e emocional. Defendemos que haja uma melhor adequação das estratégias de ensino para esta qualidade de aluno, e ainda, uma maior sistematização na atualização dos professores.

Quanto as alegrias e os acertos os professores E 6 e E 13 relatam que a formação humana do aluno depende de todo um departamento e não somente da iniciativa isolada de um professor e que a realização como professor ocorre quando identificam no aluno a associação do que é ensinado teoricamente com as experiências nas aulas práticas.

Os depoimentos os professores E 3 e E 8 apontam que os professores se preocupam em ensinar a Humanização e compara o cuidado humanizado com o apoio psicológico, referem que tratam das mesmas coisas, apontando que a alteração foi somente a nomenclatura e que a enfermagem sempre se preocupou com a humanização.

Já E 6 refere que a preocupação com a humanização é muito mais intensa, o contato, a aproximação, o toque nunca foi cobrado e ela nunca cobrou e que este comportamento na atualidade esta mais valorizado, que a atenção era mais no quadro patológico da doença e não no ser humano. Identificamos claramente uma contradição, onde a referência ao ensino humanizado “é novo e ao mesmo tempo não novo”, como citamos na página 125, esta indefinição, e contradição pode ser consequência do ensino humanizado continuar sendo “um ponto nevrálgico e crucial da enfermagem”, como afirma o professor E 8.

Quanto aos “Instrumentos pedagógicos para ensinar o cuidado de enfermagem Humanizado” os professores E 6, E 7 e E 8, relatam que aplicam o exemplo como forma de ensinar, onde o professor incorpora as qualidades de humanizador do cuidado e o aluno buscará a reprodução desta ação humanizadora. Considerar a história de vida do paciente foi a perspectiva de Instrumento Pedagógico para ensinar cuidado de enfermagem humanizado do professor E 1, pois o ser humano é repleto de individualidades que devem ser consideradas quando ensinamos enfermagem. O professor E 2 utiliza a teatralização,

pois faz com que os alunos aprendam através dos sentimentos que são vivenciados ao reproduzir um personagem com dor, medo, ansiedade e outras emoções que nem sempre estamos atentos ao tratarmos de alguém. O professor E 3 aplica textos que abordam questões relacionadas a humanização e que pode modificar o “olhar” do aluno quando se dirige a um paciente. Os professores E 4 e E 6 apontam o resgate da cidadania como uma forma de ensinar o cuidado humanizado, recuperando os direitos daquelas minorias que sistematicamente são desrespeitadas: os negros, as mulheres, os infratores enfim parte do povo que não possui os seus direitos assegurados por pertencerem ao grupo dos excluídos. E finalmente o professor E 11, representa a música como uma forma humanizada de ensinar, pois através dos refrões e letras das melodias, consegue sensibilizar os alunos a compreenderem os processos de humanização.

A **Unidade Temática IV** aborda a “Humanização do cuidado de enfermagem e sua relação com a humanização do profissional que cuida” foi a última seleção de representações que fizemos e que não agregamos em Estrutura Relevantes, pois os seus significados geraram entendimentos harmoniosos e complementares entre si. Encontramos depoimentos que estabeleceram duas formas de representar o assunto:

1. o cuidador deve estar com as condições internas adequadas e equilibradas para prestar o cuidado e
2. as condições externas podem se tornar adversas e provocar como consequência uma assistência desumana.

A dimensão de humanização da enfermagem é ampla e muitas vezes redundante, pois trata do cuidado de um ser humano por um outro ser humano e este produto só poderia e deveria ser humano, entretanto, nem sempre é isto que acontece, a desumanização no humano é um fato, e nos leva a concluir que ainda estamos iniciando esta reflexão, valorizar a humanização foi um ato que buscamos, pois a enfermagem é uma ciência que deve se pautar pelo ensino e prática de forma consciente, refletindo sobre o seu papel e auxiliando na construção de uma Enfermagem humanizada.

Temos consciência que este trabalho é apenas o início de uma investigação e reflexão mais sistematizada e que outros trabalhos deverão ser desenvolvidos sobre o tema.

Estudar as Representações Sociais dos professores do ensino médio de Enfermagem foi um desafio que apresentou dois grandes significados:

1. as Representações Sociais são múltiplas e passíveis de reflexões sistematizadas e ajustadas as necessidades históricas, sociais, políticas de uma sociedade e profissão; e
2. o estudo das Representações Sociais, isto é, as compreensões do cotidiano do professor do ensino médio de Enfermagem possibilitam entendimentos mais rigorosos e exatos dos comportamentos e condutas adotados no cotidiano de trabalho dos professores, inclusive, muitas vezes, as nossas próprias condutas, que são reproduzidas inconscientemente e até mesmo de forma alienada.

E finalmente temos consciência que a humanização depende de todos os humanos que habitam este imenso planeta Terra, sobretudo àqueles que se dizem educadores.

***6- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.
- ALVES, Rubem. **A alegria de ensinar**. 5.ed. São Paulo: Papirus, 2000, 93 p.
- ALVES, Rubem. **Concerto para o corpo e a alma**. 10.ed. São Paulo: Papirus, 2003, 160 p.
- ANTUNES, Celso. **Glossário para Educadores (as)**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002. 199 p.
- ANTUNES, Celso. **Como transformar informações em conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 37 p.
- ANTUNES, Celso. **Como desenvolver as competências em sala de aula**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 87 p.
- ASSMANN, Hugo; MO SUNG, Jung. **Competência e sensibilidade solidária**. Educar para a esperança. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, 333 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001. 282 p.
- BACKERS, Dirce Stein; DDINE, Sônia Chame; OLIVEIRA, Claudionei de L.; BACKERS, Marli Terezinha Stein. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Rev Nursing*, n.6, ano 6, p. 37-42, novembro, 2003.
- BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespanhol. **Perfil dos professores de ensino médio profissionalizante de enfermagem na Região de Piracicaba**. Campinas, 2002. (Dissertação-Mestrado-Universidade Estadual de Campinas)
- BOOF, Leonardo. **Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. 199 p.
- BOOF, Leonardo. **Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003, 131p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases Programáticas do Programa Saúde do Adolescente**. Brasília, 1989. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde – Profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. **Saúde: promovendo educação profissional**. Brasília, 2002. 48 p.

BUENO, Silveira. **Mini dicionário de língua portuguesa**. São Paulo: FDT, 2000. 830 p.

CAEIRO, Alberto. (Fernando Pessoa). **Poemas de Alberto Caeiro**. Lisboa: Ática, 1978.

CALAPRISTE, Vanda Alberto. Tendências e desafios na formação dos profissionais de enfermagem em nível médio. **Anais do I Encontro de professores do ensino médio de Enfermagem: desafios de sua formação e prática**. Campinas, SP: UNICAMP-FE-PRAESA, 1996.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. Refletindo sobre o Cuidar e o Ensinar na Enfermagem. **Rev. Latino-am.enfermagem**, v.9, n.1, p.13-17, janeiro 2001.

CAMPOS, Rosana Onocko. Humanização da Assistência Hospitalar: um sonho em andamento. **Rev. SOBECC**, ano 7, n. 3, p. 15-18, jul.set. 2002.

CARVALHO, Anayde Corra de. **Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976**. Brasília, DF: ABEn, 1976.

CASTRO, Jane Oliveira. Relação Enfermeiro X Paciente: a que devemos estar atentos. **Rev Nursing**, n.42, ano 4, p.13, nov 2001.

CASTRO, Valéria de. **O Ser Emocional**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998. 160p

COLETTI, Neusa; ROZENDO, Célia Alves. Humanização do Trabalho em Enfermagem. **Rev Bras. Enferm**, n.2, v.56, março/abril, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SP. Educação em Enfermagem. O ensino de Enfermagem no Estado. **Rev COREN-SP**, n. 46, p. 9-12, julho/agosto, 2003

DAHER, Donizete Vago; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev Latino-am. Enferm**, n. 2, ano 10, p. 145-50, março/abril, 2002.

DICKEL, Adriana. Que sentido há em se falar em professor-pesquisador no contexto atual? Contribuições para o debate. In: **Cartografias do Trabalho docente: professor (a)-pesquisador (a)**. (Orgs.) GERALDI, Corinta Maria Grisolia; FIORENTINI, Dário; PEREIRA, Elisabete Monteiro de Aguiar. São Paulo: Editora AB, Mercado das Letras, 2002.

DILLY, Cirlene Maria Lessa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe Editorial, 1995. 190 p.

ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer; SILVA, Ilda Cecília Moreira. **Adoçando o Fel de pesquisar: A doce descoberta das Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ, 1997. 69 p.

FEITOSA, Leonarda. **Humanização nos hospitais**. Fortaleza: Premium, 2001. 88 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1995.

FERREIRA, Beatriz Jansen. **A avaliação como estratégia propulsora para uma formação contemporânea dos profissionais de enfermagem de nível médio**. Campinas, 1999. (Dissertação-Mestrado-Universidade Estadual de Campinas).

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde**. Questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente. Estudos de casos. São Paulo, EPU, 1998, 119 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A. 1997. 184 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A, 1998. 245 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A. 1999. 165 p.

GILLY, Michel. As Representações Sociais no campo da Educação. In: JODELET, Denize. **As Representações Sociais**. Traduzido por Lílían Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, 420 p.

JODELET, Denize. (Org.). **As Representações Sociais**. Traduzido por Lílían Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, 420 p.

KONDER, Leandro. **O que é Dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2000, 88 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Editora Papa-livros, 1999. 226 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria, RS: Palloti, 2001. 269 p.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisas em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MALIK, Ana Maria. Humanização – Programa promete assistência à gestante e partos mais saudáveis. **Rev COREN- SP**, n.29, p.2-5, julho/agosto, 2000.

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na Educação e na Política**. Tradução de José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, 1998, 98 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80 p.

MINTO, César Augusto; MURANAKA, Maria Aparecida Segatto. LDB: um olhar crítico social. In: BAGNATO, Maria Helena Salgado; BUENO, Sonia Maria Villela; OLIVEIRA, Maria Waldenez de. **Enfermeiro professor e o Ensino Médio em Enfermagem**. Ribeirão Preto: gráfica São Gabriel, 1998.

MORETTO, Vasco Pedro. **Construtivismo: a produção do conhecimento em aula**. 3 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. 124 p.

MORIN, Edgar. **O sete saberes necessários a educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho, 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001. 118 p.

MOTA, Lúcia Maria Fernandes. Refletir sobre o respeito na Enfermagem. **Rev Nursing**, n. 118, ano 10, p. 24-25, janeiro, 1998.

MOSCOVICI, Searge. **A representação social da psicanálise**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zarar, 1978. 291 p.

OGUISSO, T. Considerações sobre a legislação do ensino e do exercício do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem. **Rev Bras Enf**, n.30, p. 168-74, 1977.

RADÜNZ, Vera. **Quando o cuidar se resume em ser / estar com e não mais no fazer**. [Artigo em CD-Rom]. Anais Eletrônicos - 6º Enftec. São Paulo, 1998.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando**. Fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermeira. Goiânia: AB Editora, 1999, 63 p.

RADÜNZ, Vera. *Self*. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999, p.192-195.

RESTREPO, Luis Carlos. **O Direito à Ternura**. Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000. 110 p.

SÁ, Ana Cristina de. **O Cuidado Emocional em Enfermagem**. São Paulo: Robe Editorial, 2001. 114 p.

SÁ, Lenilde Duarte de. E a Enfermagem no século XXI? **Rev Bras. Enferm.**, n. 3, v.52, p. 375-383, jul./set., 1999.

SÁNCHEZ-VÁZQUEZ, Adolfo. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, 302 p.

SANTOS, Cíntia Ramos; TOLEDO, Noeli das Neves; SILVA, Sandra Cristine. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente, equipe de enfermagem e família. **Rev Nursing**, n.18, ano 2, p.26-29, out 1999.

SILVA, Graciette Borges da. **Enfermagem Profissional**. São Paulo: Cortez, 1989, 143 p.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996. 133 p.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Editora Gente, 2000. p.155.

SILVA, Maria Júlia Paes. Percebendo o Ser Humano além da doença – o não verbal detectado pelo enfermeiro. **Rev Nursing**, n.41, ano 4, p. 14-20, out 2001.

SILVA, Maria Júlia Paes. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev Bioética**, n.2, vol.10, p. 73-88, 2002.

SILVA, Mauro Antônio Pires Dias. **As representações Sociais e as Dimensões Éticas**. Taubaté, São Paulo: Cabral Editora Universitária, 1998. 189 p.

SOUZA, Ana Isabel Jatobá de. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem. In: **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para prática**. LEOPARDI, Maria Tereza. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999. p. 196-204.

SPINK, Mary Jane (org.). **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. 311 p.

TIGHE, James. Está-me a ouvir? **Rev Nursing**, n. 106, ano 9, p 27-29, dezembro, 1996.

TORRES, Gertrude. A posição dos Conceitos e Teorias na Enfermagem. In: GEORGE, Júlia B. et cols. **Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap.1, p. 13-23.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais** – a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 175 p.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto alegre. n. 13, ano 2, p. 29-35, jul, 1992.

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto alegre: Artes Médicas, 1995. 203 p.

WALDOW, Vera Regina, **Cuidado Humano: O resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzatto, 1998. 204 p.

WALDOW, Vera Regina, Peculiaridades e contradições do cuidar: um Estudo Etnográfico. **Rev Nursing**, n.33, ano 4, p. 18-24 , fev 2001.

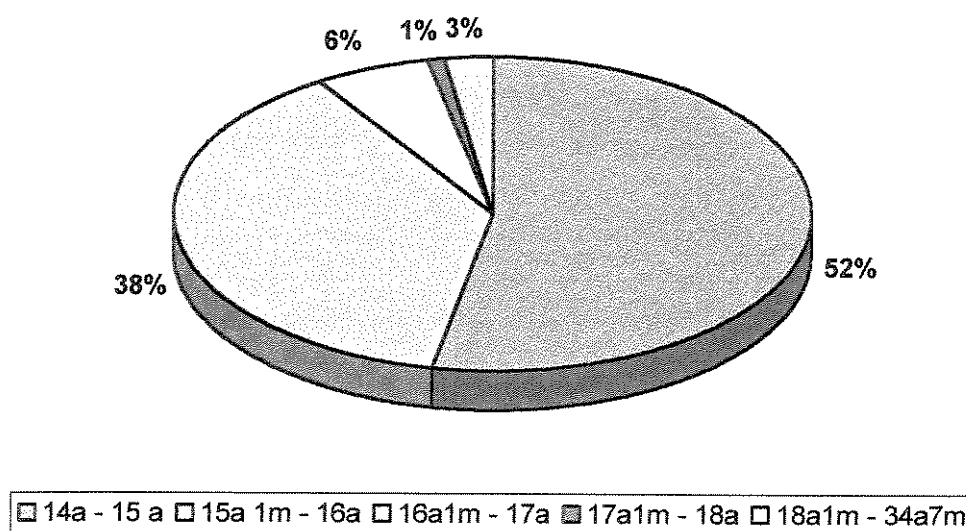
***7- OBRAS
CONSULTADAS***

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação**. Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000, 134 p.

STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; MÄDCHE, Flávia C.; KEIL, Ivete Manetzedder; GAIGER, Luiz Inácio. (Orgs.). **Paulo Freire: ética utopia e educação**. Petrópolis: Vozes, 2001. 152 p.

8- *ANEXOS*

Número de alunos que ingressaram no Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Técnico de Limeira - UNICAMP, no período de 2000 a 2002, distribuído conforme a faixa etária.



Fonte: Setor de Orientação Educacional - SOE, do Colégio Técnico de Limeira - UNICAMP, janeiro de 2003.

GRÁFICO 1
Distribuição por faixa etária das docentes do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Técnico, 2003

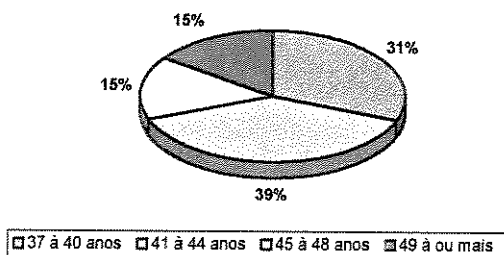


GRÁFICO 2
Distribuição por tempo de graduação em Enfermagem, dos docentes do Curso Técnico de Enfermagem, do Colégio Técnico, 2003

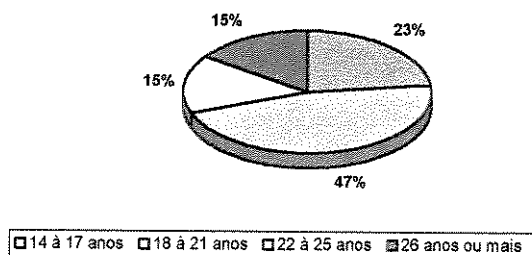


GRÁFICO 3
Distribuição por tempo de serviço como docente em Curso Técnico de Enfermagem, 2003

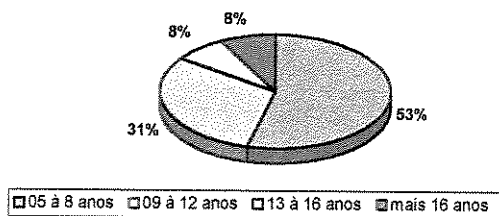
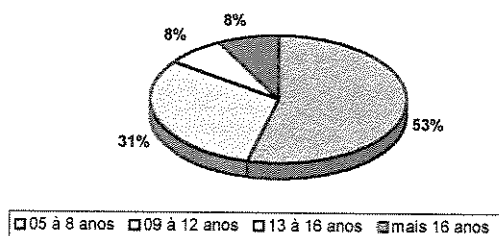


GRÁFICO 4
Distribuição por tempo de serviço como docente do Curso Técnico no Colégio Técnico, 2003



Fonte: entrevistas realizadas pela pesquisadora, no período de 20 de maio a 3 de junho de 2003



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Tema da pesquisa: ENSINO DE ENFERMAGEM E CUIDADO HUMANIZADO: ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Pesquisadora: Cristina Mara Del Grossi Uhlmann

Objetivo da pesquisa: identificar as Representações Sociais de um grupo de professores enfermeiros de Ensino Médio de Enfermagem ao ensinar o cuidado humanizado.

Método / Instrumento de coleta de dados: *entrevista semi-estruturada* que possibilita manter o foco da questão que se quer investigar sem limitá-la e permite que os informantes expressem a linha do pensamento no relato das experiências vividas no cotidiano, mantendo a espontaneidade necessária nas informações.

Análise documental: Projeto Pedagógico e grade de disciplinas do Curso de Enfermagem.

Referencial teórico: A **Representação Social** será usada como referencial teórico para analisar depoimentos dos entrevistados.

As Representações Sociais, como senso comum, idéias, imagens, concepções e visão do mundo que os autores sociais possuem sobre a realidade, são materiais importantes para pesquisa no interior das Ciências Sociais. Elas se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto elas podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais...é a linguagem do senso comum, tomada como forma de conhecimento e de interação social. MINAYO (1996, p. 173-175) ¹.

Mesmo sabendo que o **senso comum** traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial freqüentemente contraditória possui certo grau de clareza e de nitidez em relação à realidade e é com o senso comum que nos movemos e construímos nossa vida e a explicamos mediante o estoque de conhecimento que adquirimos sobre o assunto.

Justificativa do estudo: Proporcionar aos professores de Ensino Médio de Enfermagem a possibilidade de reflexão e avaliação sobre a prática pedagógica em questão e do conceito de *cuidado de enfermagem e cuidado humanizado*.

¹ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. 269p.

Procedimentos Éticos Legais:

Pesquisador responsável: Cristina Mara Del Grossi Uhlmann

Parecer do Comitê de Ética:

*O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo a todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o **Termo do Consentimento Livre e Esclarecido**, assim como todos os anexos incluídos na pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.*

Homologado na IV Reunião do CEP/FCM, em 15 de abril de 2003.

Informações complementares / contatos:

Orientador: Prof. Dr Mauro Antônio Pires Dias da Silva: (19) 3788 8829 ou (19) 9774 0339;

Comitê de Ética em Pesquisa: (19) 37888936;

Pesquisadora: Prof^a. Cristina M. D. G. Uhlmann: Cotil (19) 3404 7188, residência (19) 3451 0787 ou celular (19) 9768 7877

Roteiro da entrevista

1 – Dados de identificação:

Nome: _____ Codinome: _____

Data de nascimento: _____

Tempo de formado (graduação em Enfermagem): _____

Tempo de docência em Curso Técnico de Enfermagem: _____

Tempo de docência na Instituição: _____

Realizou algum curso ou especialização na área de ensino e/ou aprendizagem?
Qual? _____

Disciplinas que leciona relacionadas ao curso técnico de Enfermagem.

Acompanha estágio supervisionado? Em que unidade?

2 - O que você entende por **cuidado em Enfermagem**? (cuidar / cuidado de Enfermagem)?

3 - O que você entende por **cuidado humanizado**? (cuidado humano / cuidado humanizado)?

4 - Como docente de Enfermagem como você **organiza o seu trabalho** de aulas teóricas e/ou de estágio supervisionado? Quais são os objetivos que espera alcançar; valores e princípios que norteiam a organização do seu trabalho?

5 - Você **ensina cuidado de Enfermagem humanizado**? Fale sobre sua **maneira** de ensinar o cuidado humanizado para os alunos.

6 – Caracterize **cuidado de Enfermagem desumanizado** ou desumano.

7 - Você gostaria de complementar e/ou acrescentar algum **comentário**?

Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE

Pesquisa: Ensino de Enfermagem e Cuidado Humanizado: Estudo das Representações Sociais de professores do Ensino Médio.

Orientador: Prof. Dr Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Pesquisadora: Cristina Mara Del Grossi Uhlmann

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa e declaro que estou ciente do propósito do estudo e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos, mas que terei garantido o sigilo de minha identificação pessoal, profissional e da instituição.

A pesquisa em questão tem como objetivo investigar a Representação Social de professores de ensino médio de Enfermagem ao ensinar o cuidado humanizado. Além disso, estou ciente de que:

- 1 – serei submetido a uma entrevista, que será registrada (gravada) pela própria pesquisadora;
- 2 – recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
- 3 – além do sigilo, será garantido o compromisso de privacidade e de confiabilidade dos dados utilizados, preservando o anonimato e eliminando as informações identificáveis presentes;
- 4 – as informações obtidas, assim como as análises dos dados, estarão disponíveis para os professores sujeitos da pesquisa;
- 5 – Estou ciente do número de telefones do orientador, Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva: (19) 3788 8829 ou (19) 9774 0339; do Comitê de Ética em Pesquisa: (19) 37888936; e da pesquisadora, Prof^a. Cristina M. D. G. Uhlmann: (19) 3451 0787 ou (19) 9768 7877.

Data ____/____/____

Nome do participante: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ RG _____ Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador