



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

LUCIANA JAQUELINE XAVIER PEREIRA SILVA

**SABERES, AUTONOMIA E REFLEXIVIDADE NA HUMANIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A RECONSTRUÇÃO DAS
INTENÇÕES FORMATIVAS**

**SALVADOR
2011**

LUCIANA JAQUELINE XAVIER PEREIRA SILVA

**SABERES, AUTONOMIA E REFLEXIVIDADE NA HUMANIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A RECONSTRUÇÃO DAS
INTENÇÕES FORMATIVAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-graduação da Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Alessandra Santana Soares e Barros

SALVADOR
2011

Silva, Luciana Jaqueline Xavier Pereira.

Saberes, autonomia e reflexividade na humanização da assistência de enfermagem: a reconstrução das intenções formativas / Luciana Jaqueline Xavier Pereira Silva. – 2011.

135 f. graf.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Santana Soares e Barros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, 2011.

1. Enfermagem – Estudo e ensino (superior) – Currículo – Salvador (BA). 2. Enfermagem como profissão. 3. Relações humanas. Enfermagem – Prática. 4. Enfermeiros – Atitudes. 5. Enfermagem – Prática. 6. Enfermagem – Assistência hospitalar. I. Barros, Alessandra Santana Soares e Barros. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

CDD 610.7307

LUCIANA JAQUELINE XAVIER PEREIRA SILVA

**SABERES, AUTONOMIA E REFLEXIVIDADE NA HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: A RECONSTRUÇÃO DAS INTENÇÕES
FORMATIVAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Salvador, __ de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Alessandra Santana Soares e Barros – Orientadora
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia, Brasil
Professora da Faculdade de Educação da UFBA

Norma Carapiá Fagundes
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia, Brasil
Professora da Faculdade de Enfermagem da UFBA

Vera Lúcia Bueno Fartes
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia, Brasil
Professora da Faculdade de Educação da UFBA

Para Osvaldo, pela importância da família em nossas vidas.
A Bruna, Maria Julia e Arthur, pelo desejo de que construam um Brasil melhor e mais humano. Careceram da minha presença em muitos momentos especiais para a construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A todos vocês que contribuíram comigo ao longo destes anos de formação e foram verdadeiros mestres para o ensino da humanização. Pessoas que com simples gestos, como um sorriso despretenso, ensinaram-me a amar e a ter dedicação em minhas ações. Foram tantos que, se caso me ousasse a colocar nesta folha de papel, com certeza, sempre iria lembrar de mais um. Agradeço aos “Mestres da Vida” com carinho.

Aos meus Pais, pela minha formação e orações para que eu realizasse os meus sonhos, mesmo quando não compreendiam a imensidão que os sonhos significavam para mim, mas, pelo desejo que eu fosse a cada dia mais feliz.

Alessandra Barros, por acolher com entusiasmo as idéias e a candidata que se submetia muito ansiosa à seleção do mestrado. A sua orientação sensível e coerente, muitas vezes sem a percepção de que as palavras e conduta humana estariam me servindo como exemplo e ajudando a realizar um sonho. Ajudou-me a superar desafios quando nem eu mesma acreditava que seriam possíveis!

Vera Fartes, por me proporcionar momentos de discussões sobre a formação profissional e construção dos saberes. Despertou em mim uma visão ampliada, motivando-me, em cada discussão, para relevância e magnitude desta temática para os profissionais da saúde. Tema este que seguirei estudando ao longo da minha vida acadêmica em vista da melhoria da formação profissional em saúde e dos cuidados prestados aos pacientes.

Norma Fagundes, pela oportunidade de discutir a enfermagem e educação na percepção de uma enfermeira que me servirá de exemplo profissional! Sua história profissional me serviu de inspiração para seguir em frente e seus ensinamentos ampliaram minhas concepções sobre a educação permanente.

Jairnilson Paim, por me proporcionar a construção do conhecimento sobre saúde pública em debates preciosos no Instituto de Saúde Coletiva, motivando-me a fazer, no dia a dia de trabalho e em todas as minhas ações, um SUS mais próximo do ideal. Suscitou em mim a vontade de “contaminar” a rede de saúde com os “amigos do SUS”, de forma incansável e permanente!

Antônio César Neville, por ser exemplo de educador que se preocupa com a formação humanística. Contribuiu com a minha formação durante os períodos do ensino fundamental e médio não somente como professor de português, mas, como incentivador para as artes e orientador de ações solidárias e de comprometimento social.

Sonia Vieira, bibliotecária da FACED, pela disposição em me ajudar nas correções para atender as regras da ABNT e formatação final deste trabalho.

Maria do Espírito Santo, colega de mestrado e companheira na temática educação e enfermagem.

O valor humano da utopia não está em sua realização, mas sim, naquilo que nos serve de estímulo para nos encaminhar sempre a uma meta que “ainda não” alcançamos. (BERMEJO, 2008, p. 43)

SILVA, Luciana Jaqueline Xavier Pereira. **Saberes, autonomia e reflexividade na humanização da assistência de enfermagem: a reconstrução das intenções formativas.** 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Esta dissertação interrogou quais seriam as contribuições do currículo de Enfermagem e dos estágios curriculares pelos quais passam os estudantes para a constituição de um *ethos* profissional centrado na humanização da assistência em saúde. Dada a inerente necessidade de recortes que permitem a operacionalização dos procedimentos de pesquisa, optou-se por investigar – no curso de enfermagem da UFBA em sua mais recente versão curricular – apenas os programas e ementas das disciplinas. Assim também, visando reais condições de execução da pesquisa, optou-se complementar a abordagem empírica com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada com uma amostra intencional de quinze estudantes de enfermagem da UFBA que, no período de julho a dezembro de 2010, cumpriam seus estágios curriculares no Hospital Roberto Santos. Tanto em um quanto no outro lócus empírico, quais sejam, os documentos que formalmente instituem o curso de enfermagem e as vivências relatadas dos estudantes em estágio, o pesquisador buscou evidências do quanto à teoria ensinada havia se convertido em conhecimento aprendido e do quanto esse conhecimento, por sua vez, havia se configurado em atitudes efetivamente humanizadoras na prática corrente da assistência em enfermagem. Esse exercício de cotejamento de intenções formativas e realizações objetivas no âmbito da execução de um ofício laboral foi amparado pela leitura e diálogo acadêmico estabelecido com autores do campo da Educação Profissional, dentre os quais se destacam: Canário (2003) Fagundes e Burnham (2005), Caria (2005), Fartes e Sá (2010). Os resultados a que se chegou se fizeram limitados em suas possibilidades de expressão plena e sucinta em razão da escolha necessária de um referencial teórico qualitativo, que capturasse aquelas tantas experiências de vida num contexto de trabalho permeado intensamente por impressões subjetivas. De todo modo, assinalaram, dentre outros achados, a existência de uma qualidade, que aqui se tentou traduzir como volátil, dos saberes que instituem o ensino-aprendizagem da humanização da assistência em saúde. Essa qualidade se fez evidenciada pelo modo pouco, ou confusamente explicitado, como as referências à prática humanizadora em saúde se expressavam nos documentos que lhe instituem como guias de ensino na Faculdade. Assim também, se fez enxergar pelo modo ora contraditório, ora carente em precisão como os estudantes/estagiários descrevem suas experiências de aplicabilidade prática dos saberes aprendidos na teoria. Reflexões por sobre os resultados encontrados levam a concluir que elementos como a interpretação intersubjetiva das necessidades do outro, a administração pessoal das próprias emoções, o senso de justiça, urgência e prioridade na execução do ato de cuidar dos fragilizados, intrinsecamente constitutivos da prática humanizada em saúde e, por conseguinte, da apreensão científica de saberes dessa ordem demandariam uma prioridade no plano das eleições dos conteúdos a despeito do desafio contido na tarefa de ensinar alguém a agir tecnicamente sem perder a empatia para com o sofrimento alheio.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Formação profissional. Saberes. Humanização da assistência. Autonomia em enfermagem. Reflexividade.

SILVA, Luciana Jaqueline Xavier Pereira. **Knowledge, autonomy and reflexivity in the humanization of nursing care:** reconstruction of formative intentions 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

The present dissertation queries about what would be the contributions of the nurse-care curricula and curricular practices through which the students go through for building a professional *ethos* centered on humanization of health care. Due to the inherent necessity of the cutting-out to permit operationalization of the research procedures, option was made towards the investigation – in the nursing course at UFBA, in its most recent curricular version – only of the programs and syllabus of the fields of study. Furthermore, aiming towards actual conditions for performing the research, it was decided to complement the empiric approach with the application of semi-structured interviews with an intentional sample of fifteen nursing students of UFBA who, during the period from July to December 2010, were fulfilling their practices at the Roberto Santos Hospital. Both in one as in the other empiric locus, the documents that formally establish the nursing course and the reported experiences of the students in their practice, the researcher strived to obtain evidence of how the theory taught was converted into knowledge learned and how much of this knowledge had, in turn, been transformed into effectively humanizing attitudes in the current nurse-care practice. This exercise of comparison of formative intentions and objective realizations in the execution of a workmanship was supported by academic reading and dialog established with authors of the Professional Education field, among which: Canário (2003), Caria 2003, Fartes and Sá (2010) and Fagundes and Burnhan (2005). The results obtained were limited in the possibilities of absolute and concise expression due to the necessary choice of a qualitative theoretical referential which would capture the many life experiences in a work context intensely permeated by subjective impressions. Nevertheless, marking, among other findings, the existence of one quality which has been tentatively translated as volatile, of the knowledge that constitutes the teaching-learning of humanization in health care. This quality is manifested by means little or confusingly explicated, in references to the humanizing practices in health care in documents that are referred to as teaching guidebooks in the University. Also made out through a sometimes contradictory manner, sometimes lacking precision the way the students/interns describe their experiences on practical applicability of the knowledge learned in theory. Reflection about the results obtained lead to the conclusion that elements such as intersubjective interpretations of the necessities of others, personal control of one's own emotions, sense of justice, urgency and priority in the act of caring for the fragile, intrinsically incorporated to humanized health care practice and, consequently, of the scientific understanding of knowledge of this nature would demand a priority in the choice of content despite the challenge contained in the assignment of teaching someone to act technically without losing empathy towards the suffering of others.

KEY-WORDS: Nurse-care. Professional formation. Knowledge. Humanization of nurse care. Nurse-care autonomy. Reflexivity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FACED	Faculdade de Educação
HGRB	Hospital Geral Roberto Santos
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PET	Programa Especial de Treinamento
PNH	Política Nacional de Humanização
PPCG	Proposta Pedagógica do Curso de Graduação em Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
SENADEN	Seminários Nacionais de Diretrizes para educação em Enfermagem
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Faixa etária dos sujeitos do estudo.....	54
GRÁFICO 2	Principais motivos que levam a falta de tempo para o estudo.....	57
GRÁFICO 3	Relação aprendizado e tempo disponível para o estudo.....	60
GRÁFICO 4	Ansiedades para aprender no estágio.....	62
GRÁFICO 5	Estágio mais marcante.....	65
GRÁFICO 6	Estágio extra-curricular.....	70
GRÁFICO 7	Metodologias aplicadas nos estágios extra-curriculares.....	70
GRÁFICO 8	Oportunidade de trabalhar as emoções através da fonte acadêmica.....	72
GRÁFICO 9	Formas utilizadas para trabalhar as emoções durante a vida acadêmica.....	73
GRÁFICO 10	Motivos para escolher o curso de enfermagem.....	76
GRÁFICO 11	Fontes que apontam para a melhoria do desempenho durante uma intercorrência.....	78
GRÁFICO 12	Causas do sentimento de impotência no estágio.....	80
GRÁFICO 13	Reações dos estudantes frente a dor do enfermo.....	83
GRÁFICO 14	Reações dos estudantes frente aos enfermos em isolamento.....	85
GRÁFICO 15	Prioridades para a realização do banho no leito.....	86
GRÁFICO 16	Forma mais fácil do estudante lembrar do enfermo.....	88
GRÁFICO 17	Sentimentos despertados nos estudantes durante o estágio.....	90
GRÁFICO 18	Níveis de compreensão sobre os sentimentos dos enfermos.....	98
GRÁFICO 19	Percepções sobre humanização no Currículo x Objetivos.....	100
GRÁFICO 20	Percepções sobre humanização no Currículo x Conteúdo programático das disciplinas.....	103

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E MUDANÇAS PROFISSIONAIS.....	19
2.2	A LUTA PELA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CURSO SUPERIOR EM ENFERMAGEM NO BRASIL.....	24
2.3	A ENFERMAGEM: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO AOS SABERES CONTEMPORÂNEOS.....	26
2.4	VIVÊNCIAS NOS ESTÁGIOS: O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE APRENDIZAGEM.....	29
2.5	O SABER CUIDAR NA DIMENSÃO HUMANA.....	31
2.6	O SABER, A AUTONOMIA E A REFLEXIVIDADE: A EPISTEMOLOGIA DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	35
3	PASSOS METODOLÓGICOS	43
3.1	MÉTODO DO ESTUDO.....	43
3.2	LÓCUS DA PESQUISA.....	44
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	44
3.4	SUJEITOS DO ESTUDO.....	45
3.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	46
3.5.1	Pesquisa de campo.....	46
3.5.2	Pesquisa documental.....	48
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	49
3.6.1	Pesquisa de campo.....	49
3.6.2	Pesquisa documental.....	50
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..	53
4.1	PESQUISA DE CAMPO.....	53
4.1.1	Aspectos gerais: percebendo os sujeitos.....	53
4.1.2	Tecendo a teia do Saber.....	56
4.1.3	Autonomia profissional: uma busca pela afirmação.....	75
4.1.4	Reflexividade: a práxis do ofício de ser enfermeiro.....	89
4.2	PESQUISA DOCUMENTAL	100
4.2.1	Percepção sobre humanização nos programas de disciplinas do curso de Enfermagem	100
4.2.2	Percepções sobre o Projeto Político Pedagógico do curso de enfermagem da UFBA e às <i>Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem</i>	108
5	CONCLUSÃO	112
6	REFERÊNCIAS	116

APÊNDICE A – <i>Roteiro de entrevistas</i>	121
APÊNDICE B – <i>Termo de consentimento livre e esclarecido</i> ...	131
ANEXO A – <i>Grade curricular</i>	133
ANEXO B – <i>Programa da Disciplina</i>	135

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata do aprendizado do ofício de ser enfermeiro. Este profissional tem como alicerce de suas ações o cuidado realizado de um ser humano para outro e esta é a balisa que culmina a pretensão deste estudo.

Não sendo possível, nesta tarefa científica, abarcar todos os aspectos relacionados ao trabalho de assistência típica da enfermagem, elegeu-se aquele que melhor caracteriza a centralidade do exercício do cuidar em saúde, qual seja a humanização da prática assistencial tão discutida, porém, pouco percebida nas unidades de saúde.

A eleição deste aspecto guardou um desafio especial à tarefa científica dessa dissertação, uma vez que, a humanização remete-se a uma das dimensões ao mesmo tempo mais indispensáveis e mais intangíveis da prática assistencial em saúde qual perpassa a complexidade que envolve as ações de cada indivíduo. Caso contrário ter-se-ia o risco de tornar difícil ou, ao menos redundante, conceber uma conceituação para o cuidado “humanizado” sendo que este é oriundo dos próprios seres humanos.

Foi exatamente esse caráter intangível da humanização, explicado pelas suas qualidades abstratas e difusas, que ajudou a construir e justificar a pergunta de pesquisa que moveu esta investigação.

Como se faz possível ao enfermeiro transpor em ações aplicadas à rotina da assistência em saúde, ensinamentos acadêmicos tão pouco palpáveis, como aqueles próprios à humanização dos cuidados direcionados ao paciente?

Como fazê-lo se, além disso, os contextos de realização do trabalho cotidiano em enfermagem, precarizados pelas dificuldades para a qualidade das relações profissionais e automatizados no tecnicismo que tudo quer quantificar, não favorecem condutas subjetivas, arriscadas de serem confundidas com personalismos?

Como fazê-lo se a passagem pela universidade reafirma o caráter impalpável e livresco do que se espera aprender sobre humanização da assistência em saúde?

Para tentar responder a essas perguntas se fez necessário traduzir a idéia de recontextualização profissional dos conhecimentos acerca da humanização em instâncias mais operacionais, categorizadas sob os termos: saber, autonomia e reflexividade. Por “saber” definiu-se o alcance e a apreensão cognitiva dos conteúdos teóricos sobre humanização. Por “autonomia” definiu-se a capacidade do estagiário de enfermagem de conhecer as dimensões profissionais para agir de forma coerente, repercutindo em atitudes que reduzam a

necessidade constante de tutores para suas ações, tornando-os mais independentes para manterem a qualidade da assistência humanizada. Por reflexividade definiu-se a capacidade de rever a aplicabilidade e adequação prática-afetiva de determinado aprendizado técnico.

A fronteira conceitual entre essas três categorias operacionais, a partir das quais se pretendeu traduzir o sentido mais aplicado da conduta humanizada em saúde foi artificialmente construída para fins empíricos desta pesquisa sendo, por isso, bastante fluida. Assim o é em razão do próprio caráter volátil de cada um de seus sub-conteúdos. Pois, se é difícil agir de modo humanizado, uma razão anterior pode estar na dificuldade mesma de se definir o que é isso. Dificuldade esta que se faz expressar nas tentativas acadêmicas de lhe circunscrever em conceitos.

A idéia para este estudo surgiu desde o início da minha vida profissional como enfermeira assistencial de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por vivenciar a complexidade que envolve transpor o conhecimento acadêmico para a prática profissional, principalmente, pelos sentimentos que envolvem o recém formado frente à necessidade de seguir sozinho, sem o professor do lado.

Com o amadurecimento profissional, tive a oportunidade de ser preceptora do curso de pós-graduação sob forma de residência em enfermagem em UTI e pude perceber inquietações semelhantes às que senti sendo expressas e as diversas influências para o processo de aprendizado, muitas vezes, percebidos nas subjetividades. Embora o enfermeiro residente já tenha legalidade para atuar frente à conclusão da graduação, são comuns ao início de qualquer profissão estes tipos de inquietações, principalmente, no campo da saúde por estarem construindo seus processos de aprendizado e utilizando para isto os cuidados assistências com a vida do outro.

Visando reduzir a barreira entre a teoria e a prática, este estudo teve a pretensão de minimizar os impactos da reconstrução dos saberes desde a formação. É neste ponto que o saber sobre humanização se destaca, ou seja, trouxe como sujeitos deste estudo os aspirantes do curso superior em enfermagem que iniciavam a vivência da profissão no estágio curricular hospitalar e, ainda em processo de formação, experienciavam a reconstrução do saber como referenciado pelos autores Ribeiro e Borenstein (2005), Meyer (2006), Ito e outros estudiosos (2006) e explicado por Corbellini (2007).

Este estudo teve como objetivo geral identificar a percepção dos estagiários do curso universitário em enfermagem sobre a reconstrução do saber sobre humanização durante a vivência da prática hospitalar. Especificamente, procurou identificar possíveis agentes ou processos que se articulavam ao saber acadêmico sobre humanização da assistência em saúde

e identificar quais os resgates que os estudantes fazem relação à fonte formativa para este saber.

Desse modo, este empreendimento de pesquisa não poderia deixar de analisar os documentos que ambicionam materializar, ao menos em palavras, o que pode significar humanização, quando então, prescrevem os modos como ela deve ser ensinada aos estudantes de enfermagem.

Para encaminhar esta pesquisa, optou-se igualmente por estudar um momento específico do processo de formação do enfermeiro: o estágio curricular supervisionado. Isto foi feito à custa de um estudo de caso que recortou uma amostra de quinze sujeitos, graduandos de enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que estavam submetidos ao estágio curricular no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS).

O apoio teórico que permitiu a interpretação das entrevistas pelas quais passaram os sujeitos foi alicerçado no campo da Educação Profissional, mais especificamente, nas obras de Tardif (2002) por trazer subsídios para a definição sobre os saberes profissionais e conhecimentos universitários, Caria (2005) por influenciar nos processos que envolvem a reconstrução dos saberes no ambiente de trabalho, Canário (2003) seguido por Fartes e Sá (2010) nas discussões sobre formação, identidade e práxis profissional, Charlot (2005) sobre as relações que envolvem a construção dos saberes e Fagundes e Burnham (2005) ao abordar a perspectiva de espaços e aprendizagem em saúde. Ampliando este arsenal teórico, tornou-se imprescindível citar as contribuições de Paulo Freire (2009) para construção de uma pedagogia social focada nas necessidades dos aprendizes e na relação horizontal e respeitosa entre os sujeitos da educação.

Esta pesquisa teve como preocupação buscar a opinião dos estagiários, valorizando a construção do processo de aprendizado focado nas necessidades dos estudantes, assim como, o teor multidimensional e contínuo que transcende o saber sobre humanização em saúde.

A relevância em pesquisar esta temática se fortificou pela necessidade de associar as propostas das *Diretrizes curriculares nacional do curso de enfermagem* com a proposta de um cuidado com teor humanístico, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A tarefa que circunda este trabalho contrasta com a quantidade insuficiente de estudos publicados que focalizaram a humanização como saber, sob o aspecto da formação profissional e reconstrução do saber em campo prático durante os estágios curriculares. Neste sentido, poderá referenciar futuros estudos relacionados com outros saberes profissionais que tenham convergência para a percepção do processo de aprendizado no cotidiano do trabalho.

Práticas que derivem em envolvimento pessoal e afetivo ou que requeiram questionamentos e reflexões sobre a necessidade e o cumprimento de determinadas normas hospitalares são frequentemente interditas e, ao mesmo tempo, estrategicamente silenciadas.

Mas, são práticas como as abordadas neste estudo que constituem, em essência, as possibilidades de um exercício profissional mais humanizado.

Dor, medo, emoção, sentimento, morte, sofrimento e envolvimento estão presentes com frequência e em uníssono nos discursos dos estagiários de enfermagem, provocados a narrarem suas experiências em situações limites do dia-a-dia da assistência sob aprendizado.

Todavia, é raro encontrar essas mesmas expressões nos textos que dirigem a formação profissional desses estudantes. Assim o foi com as ementas e programas das disciplinas. Conclui-se que a partir da dificuldade de realizar uma transposição pragmática dos saberes sobre humanização para um fazer humanizado está antecipada no modo ora surdo, ora lacônico, ora excessivamente metafórico com o qual professores, estudantes e profissionais dialogam com o indivisível e proscrito do trabalho em saúde.

Assim sendo, para que o trabalho apresentado fosse desenvolvido ele se fez dividido nas partes descritas. Ao trazer as concepções teóricas, iniciei com uma abordagem em linhas gerais sobre o processo de educação, formação e mudança de identidade profissional, trazendo conceitos de autores, tais como, Freire (1996), Maturana (1998), Fernandes e outros autores (2007) e Fartes e Sá (2010).

Achei por bem, antes de discutir o processo de formação específico dos enfermeiros, fazer uma síntese do panorama histórico da profissão de enfermagem no Brasil desde a luta pela institucionalização até a contemporaneidade. Para isto, tive como respaldo teórico estudos como os de Porto e Amorim (2007) e Renovato e Bagnato (2008). Em seguida, busquei a percepção de como aconteciam as vivências nos estágios do curso superior em enfermagem e o hospital como espaço para aprendizado, utilizando, entre outros, os estudos de Fagundes e Burnham (2005), Scherer, Scherer e Carvalho (2006), Lucena e outros autores (2006) e com as concepções de novos espaços para aprendizagem. A construção do saber foi teorizada por autores como Tardiff (2002), Charlot (2005), Barbosa e Silva (2007), Fartes (2008), Caria e outros autores (2005), entre outros. Este momento foi oportuno para uma abordagem epistemológica, conceitos e características sobre o saber.

Na seqüência, apresentei os passos metodológicos que perpassaram este estudo. Considerando o propósito desta pesquisa e ancorado no trabalho realizado por Yin (2009), elegi o estudo de caso como estratégia metodológica. Segundo autores como Vergara (2008) e Minayo (2008), entrevistas individuais e análises documentais se constituíram em

instrumentos de pesquisa viabilizadores para o acesso a coleta de dados, em concordância com a proposta deste estudo.

O modo que encaminhei as análises das entrevistas me permitiu conhecer a percepção dos estudantes sobre o tema proposto a partir das vertentes saber, autonomia e reflexividade. Na análise documental, obtive, ao menos indiretamente, a percepção dos mentores do curso sobre formação para humanização em saúde, utilizando para isto a análise do currículo.

Os resultados foram apresentados seguidos de pequenas discussões evidenciando o espaço em que se faz melhor explicitar as dificuldades que os estagiários têm em transpor para a prática o saber sobre humanização na assistência em saúde. Este foi o momento em que achei que valeria a pena entrelaçar as respostas obtidas com as concepções dos teóricos deste estudo.

Concluo novamente trazendo à tona os descritos de Maturana (1998) ao afirmar que a proposta de educação deve ser pensada em acordo com as ações que esperamos de cada classe profissional, alicerçado por princípios que venham a enfatizar a responsabilidade social. Neste sentido, não adianta somente dizermos que as ações do enfermeiro devem ser humanizadas, precisamos ir além do desejo, pensar ações concretas para esta formação.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Formação é um processo que nos constitui, que se inicia em nossos primeiros contatos com o mundo circundante e que se desenvolve na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais [...]. (FARTES; SÁ, 2010, p. 13)

Considerando a abrangência desta conceituação e de acordo com o objeto deste estudo, a explicitação teórica foi abordada no âmbito da formação profissional dos estudantes de graduação do curso de enfermagem, compreendendo a fluidez dos saberes profissionais e destacando o saber sobre humanização da assistência de enfermagem.

2.1 EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E MUDANÇAS PROFISSIONAIS

O campo da formação é tendencialmente tributário de discursos teóricos e epistemológicos normativos, gestionários e funcionalistas, nos quais é possível observar dicotomias entre a formação centrada nas carências ou nas experiências; entre as pedagogias da acumulação e da duplicação; da interpretação e da recomposição. (SÁ, 2010, p. 38)

A educação deve ser pensada a partir do projeto de país que é desejado. A sua finalidade está em atender aos princípios de responsabilidade social, metaforicamente, devolvendo ao país o que havia recebido dele. Contudo, há um dilema observado na lógica do pensamento dos estudantes quais estão centrados, por um lado, no se preparar para competir no mercado de trabalho, por outro, para contribuir com os ajustes sociais que os levam a desejar mudar a ordem político-cultural geradoras de desigualdades sociais.

Educar é um processo contínuo que envolve todas as fases da vida, a maneira em que o modo de viver se faz mais congruente com o do outro. A convivência se faz validada na aceitação e respeito ao outro a partir da aceitação e do respeito por si mesmo, no começo de uma vida social e individualmente responsável. (MATURANA, 1998)

É preciso proliferar a sensibilização para fortalecer os conceitos sobre o papel da educação. Evitar a acomodação, fruto de um pensamento errôneo sobre a temática e fazer acontecer uma educação que traga como consequência um mundo melhor, mais humanizado e que seja possível conviver com as diferenças através de uma ação cultural libertadora. Requer

um compromisso ético e político definido em favor da transformação da realidade enquanto sujeitos da práxis social. (ZITKOSKI, 2006)

Educar é formar dentro dos conceitos éticos, estéticos e humanos. Envolve uma práxis a partir de uma percepção crítica-reflexiva, senso de responsabilidade, identidade cultural, rigorosidade metódica, busca pela pesquisa, corporeificação das palavras dentro da concepção de que aprendiz e mestre são sujeitos passíveis a aprender e a ensinar de uma forma mediadora. Portanto, formar não é a ação pela qual o professor molda, dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado, ou seja, é construir o conhecimento. (FREIRE, 2009)

A formação profissional busca renovar fundamentos epistemológicos do ofício laboral, se estabelecendo como um horizonte comum para qual convergem os dirigentes políticos da área educacional, as reformas das instituições educativas e as novas ideologias da formação e ensino. Neste sentido, o currículo se faz presente ao ser considerado como um instrumento em potencial para propor metas de formação, aberto para diversas referências sobre determinados campos do saber. (SÁ, 2010) Os pensamentos de Macedo (2004) expressam temor de que o currículo se torne uma instituição falida, visto que, este não deve transformar-se apenas por pressões externas ou sustos provocados pela necessidade de adequar-se às novas exigências do mundo do conhecimento. Mas, deve ser caracterizado como uma edificação de sujeitos, repletos de intenções, sentidos e poderes. Sujeitos que trazem um *ethos* de classe, gênero, etnia, religiosidade e de suas reações vivenciais.

O currículo é uma materialização dinâmica e viva das intenções formativas, de acordo com o perfil desejado para formação e construído de maneira efetiva e co-gestada. Caso contrário, seria um espaço para depósito de informações mudas. É construído a partir de um mecanismo interessado, político e cheio de significados, considerando as instâncias do sujeito, da cotidianidade e do poder. (MACEDO, 2004; SÁ, 2010)

Os profissionais devem se constituir de um conhecimento especializado e formalizado, envolvendo as ciências naturais, sociais, humanas, da educação e não esquecendo o valor pragmático que visa à formação de um ser autônomo e com percepções crítica-reflexiva, prevendo uma parcela de improvisações e adaptações durante as situações de trabalho. Estes adquirem competência para atuarem em seu exercício, assim como, para as avaliações de seus pares. Os conhecimentos devem ser construídos através de uma formação com alto nível de exigência, sancionada por diploma que possibilite o título de profissional. Contudo, esta formação não é pontual. Têm caráter evolutivo e progressivo, necessitando de uma formação contínua e permanente. (TARDIFF, 2002)

A educação permanente em saúde envolve todos os processos formativos e deve ser de acordo com as necessidades do contexto onde o indivíduo está inserido. Pode ser caracterizada no formato de educação em serviço quando estiver em pertinência com o conteúdo abordado, com os instrumentos e recursos disponíveis, assim como, quando viabilizada pela dinâmica do serviço ou da unidade de saúde. Seu objetivo passa a ser voltado para as mudanças institucionais ou de orientação política da estrutura prestadora dos serviços de saúde. Por outro lado, pode corresponder às construções objetivas de quadros institucionais e de investidora de carreiras, em um dado tempo e lugar. Além destas associações, pode ser caracterizada pela dita educação formal, exemplificada com o processo de graduação dos enfermeiros.

Não há como esconder que um processo tão complexo também possua limitações. Entre os principais obstáculos para uma educação permanente estão a baixa disponibilidade dos profissionais, a distribuição irregular e, muitas vezes, de difícil acesso dos treinamentos, a crescente especialização, a dependência de tecnologias cada vez mais acentuadas, entre outras. Contudo, há também algumas motivações para a mudança da filosofia educacional e superação das barreiras vistas na educação permanente. Entre outras, através da reflexão das práticas vividas, pode-se exemplificar a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho ou a percepção de que a maneira vigente tornou-se insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. (CECCIM, 2005)

Ao retomar a importância do processo de educação em acordo com as necessidades e conjunturas onde os educandos estão inseridos, um estudo feito por Fartes (2008), qual procurou conhecer o sentido que os professores atribuíam às mudanças das políticas para educação e às conseqüências para as identidades profissionais em Centros de Formação Tecnológica, observou que mudanças nos âmbitos econômicos, político e cultural promoveram novas perspectivas e interesses globais. Contudo, tais dimensões não acontecem em todo lugar da mesma forma e com iguais decorrências. Isto significa que as tendências dos contextos locais devem ser avaliadas, considerando que estas multi-referências exibem tempos e compreensões diferentes, mesmo incorporando políticas globalizadas.

Esta autora conceituou identidade profissional como os passos construídos ao longo de uma carreira, em certa base social. Neste sentido, a crise das identidades profissionais, em um mundo globalizado, surge do reflexo de dois pensamentos correlacionados, a saber: em primeira dimensão, ao levar em consideração as influências de agentes do mundo contemporâneo em favor das políticas neoliberais. Abre espaço para novas tensões, exigências e desafios que interrogam o papel social, político e cultura dos centros formadores, assim

como, a re-configuração das identidades profissionais. Em segunda esfera, a importância da reforma atual dos currículos para educação profissional contínua qual deve decorrer em virtude da participação das instituições formadoras nos mecanismos de mudanças.

Transpondo os pensamentos de Fartes (2008) para a formação de nível superior em saúde e, especialmente a enfermagem, nota-se como desafios para as Instituições de Ensino Superior (IES), a produção de novos conhecimentos, adequados às conjunturas atuais, além de implementarem processos formativos de indivíduos com compromissos ético, estético e político de formação de vida. Estes egressos devem ser capazes de articularem saberes e práticas de forma integrada, visando uma simbiose com a sociedade contemporânea.

A fragilidade da arquitetura acadêmica pode ser exemplificada pela precocidade na escolha da carreira, processo seletivo limitado, pontual e traumático para o ingresso na graduação, utilização da educação universitária, viés monodisciplinar, entre outros, que fazem valer a necessidade de uma estrutura mais flexível e de bases interdisciplinares que versem para uma formação com competências para aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser. Deve pautar-se na reestruturação acadêmica para o processo de formação profissional multi e interdisciplinar, de base humanística, ética e com capacidade crítica fundamentada na integralidade da assistência em saúde. (FERNANDES et al., 2007)

A importância do estudo sobre a formação profissional em saúde evidencia-se, entre outras, pelo aumento da oferta de formação contínua, pelo modelo de transição de uma paisagem profissional tradicionalmente veiculado à posição do médico e da enfermeira, consubstanciados pelo modelo biomédico e confabulando a dicotomia entre especialização e hiper-especialização, qual, sugere a construção de uma formação mais sustentável. Em adicional, a necessidade de fazer aflorar a construção, ou afirmação identitária dos profissionais não médicos.

Mesmo ao confrontar a relação entre formação e mundo do trabalho, crescente volume de desemprego, acentuação das desigualdades sociais e acréscimo da escolarização, permanecem atuais na idéia em que formação constitui o principal instrumento para promover o emprego e a mobilidade social, gerando a principal causa de descontentamento e frustração do processo formador. Esta idéia corrobora o fato de que a intencionalidade deste processo não deve ser puramente veiculada à obtenção de empregos e nem se constituir com bases na escolarização.

Observa-se a superação do modo instrumental pela transformação a nível individual e coletivo. A formação é considerada instrumental e adaptativa quando construída em virtude da aquisição de requisitos, previamente identificados, necessários para adaptação de

mudanças externamente induzidas, enquanto que, na realidade das mudanças sociais e individuais, as diretrizes formadoras devem ser dotadas de uma organização que identifique previamente as necessidades, com base na produção de efeitos observáveis, utilizando rigorosos mecanismos de avaliação. Contudo, este mecanismo se torna vulnerável, visto que, nem tudo é mensurável e se faz necessário um equilíbrio entre as finalidades individuais e do panorama social.

A articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e coletiva do exercício do trabalho, e a dicotomia complexa entre saberes teóricos e construídos na ação constituem dimensões que não devem ser esquecidas. Para exemplificar, basta imaginar uma ação do enfermeiro na aplicação de uma medicação intravenosa. O conhecimento da técnica ensinada nos cursos universitários não garante a boa utilização, mas, a vivência da prática hospitalar aponta para a importância da relação enfermeiro-paciente (não ensinada, contudo, aprendida) quando este profissional identifica o usuário como ser de necessidades bio-psico e sociais. Associado a isto, a aplicabilidade da situação prática caso esta punção venosa fosse realizada em uma criança com medo e inquieta. O ensino puramente teórico e não vivencial permite a formação de um profissional submerso no processo mecanizado e longe das prerrogativas do cuidar. Concebe-se a idéia de que o saber no campo da saúde é resultado de fontes diversificadas como a ciência, a experiência e inter-relacionamentos tanto com os pacientes quanto com a própria equipe, definindo este profissional dentro dos conceitos de ciência, de prática e de relação. (CANÁRIO, 2003)

Em síntese, na formação profissional em saúde existem aspectos que podem aparecer de forma obscura, subjetiva ou confusa, visto que, embora a capacitação técnica dos profissionais seja muitas vezes enfatizada e concretizada nos procedimentos de enfermagem, estes profissionais exercem funções que envolvem ora a habilidade técnica, ora relacional, ora de concepção e supervisão, necessitando de conteúdos mais ampliados. Uma nova concepção sobre formação na área da saúde deve afirmá-la como mediadora do processo de construção de conhecimento científico, tecnológico e de formação humana, permitindo a inclusão das ciências sociais como estratégia para a formação integral dos sujeitos. Além disso, a concepção de que a ação destes profissionais são de origem humana e se destinam aos humanos. Por este sentido, o trabalho não é uma mercadoria, o trabalhador não é um recurso e a educação não se reduz em método. (PEREIRA; RAMOS, 2006)

A discussão sobre a educação, formação e mudanças profissionais em saúde suscitam expectativas para a compreensão do processo histórico da construção identitária específica dos enfermeiros, abordada nas próximas seções.

2.2 A LUTA PELA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CURSO SUPERIOR EM ENFERMAGEM NO BRASIL

As diversas fases profissionais da enfermagem são vistas na ênfase dada aos saberes desde a luta hegemônica pela institucionalização da enfermagem que foi marcada pela disputa de ritos e representações objetais entre as primeiras escolas de enfermagem no Brasil: a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras de Assistência aos Alienados e a escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1889, o Hospital Nacional de Alienados, em um contexto histórico que marcou a separação entre o Estado e a Igreja, necessitou passar por uma reforma técnico-administrativa que substituísse as Irmãs de Caridade por enfermeiras profissionais. A urgência desta transformação foi em consequência do surto epidêmico da gripe espanhola e a necessidade de formar recursos humanos para o trabalho em saúde. Foi criada a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados para assistência aos transtornos mentais e indigentes. Sua proposta mantinha a imagem de submissão e ausência de iniciativa, contudo, o novo sentido de devoção deixa de ser a igreja e passa a ser a assistência pública e para os médicos. Foi a pioneira em relação à legalização do ensino, instituindo o Decreto nº. 791 de 1890, que legalizava o funcionamento da escola de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência aos Alienados e a Portaria nº. 1, considerada como Regimento da Escola, que determinava a criação das seções mista, masculina e feminina, gerando duas fragmentações. A seção feminina foi, posteriormente, denominada Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto que tinha como objetivo reduzir a submissão das enfermeiras, melhorando o conhecimento para prática assistencial. O período marcou a evolução do saber e a dissociação da assistência à saúde das práticas religiosas. As enfermeiras passaram a serem compreendidas como cuidadoras ideais, substituindo as congregações religiosas, com a imagem de submissa, ausência de iniciativa, com práticas de auxílio aos médicos como mera executora de ordens. A enfermeira deveria ter características dóceis, respeitosa diante do médico, atenta à limpeza e vigilância dos doentes.

A criação da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira surgiu em 1916, no Rio de Janeiro, sob a égide da Cruz Vermelha Internacional. Adotou princípios de humanidade, igualdade, proporcionalidade, imparcialidade, neutralidade, independência e universalidade. Tinha como objetivo ministrar, às pessoas do sexo feminino, instruções teóricas e práticas indispensáveis à formação de enfermeiras, tendo como característica a

submissão aos médicos e contribuindo para valorização da mulher e da enfermeira nos tempos de guerra. Entre as habilidades valorizadas era enfatizado o saber maternal passado a cada geração. Fazia-se necessário que a enfermeira soubesse servir com obediência aos médicos, ter gosto pela profissão e não ser somente uma curiosa e fazer uma prática que fosse pautada na caridade, uma assistência voltada para os cuidados em tempos de guerra, calamidades e cuidados hospitalares. (PORTO; AMORIM, 2007)

Em 1922, na conjuntura da nova saúde pública e da Reforma Sanitária liderada por Carlos Chagas, onde, a assistência de enfermagem teve forte influência da enfermagem americana e dos legados deixados por Florence Nightingale¹, foi criada a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública. Constituiu uma formação marcada pela representatividade da enfermeira Ethel Parsons² e suas lutas para evolução da profissão, considerando que a enfermagem deveria se constituir de saberes contrários à execução de tarefas de caridade, camareira, entre outras. O objetivo desta escola voltou-se para a busca de uma formação universitária, separada e independente de outras profissões. Acreditava que para ser boa enfermeira teria que ser “boa mulher” dentro dos princípios de moral, valorizando a entrada da mulher no mercado de trabalho. (SANTOS; FARIAS, 2008)

Na década de 30, com a retirada da Missão de Enfermeiras Norte-Americanas, começaram a surgir outras escolas de enfermagem tendo como padrão a Escola Ana Nery que contribuiu para o alto nível de educação profissional. Considerada como oficial, a Escola Ana Nery teve dificuldades para firmar-se devido ao momento histórico que favoreceu a implementação do modelo hospitalar (era Vargas) em detrimento da saúde pública.

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em 17 de julho de 1942, em decorrência de um acordo firmado entre os Estados Unidos e o Brasil, visando, entre outros, capacitar profissionais de saúde nos níveis técnicos e universitários para melhoria da qualidade da assistência. Utilizou como estratégia a oferta de bolsas em outros países. Contudo, problemas referentes ao idioma, afastamento da família, dificuldades de adaptação à vida americana, levaram a redução deste tipo de formação quais passaram a serem oferecidas em instituições brasileiras.

Em 1942, a Fundação Rockefeller identificou que havia poucas enfermeiras atuantes no Brasil. Sugeriu, além da criação do órgão no Ministério da Educação e Saúde que deveria se

¹ Enfermeira britânica que ficou famosa pela sua atuação na Guerra da Criméia. Considerada a precursora da enfermagem moderna.

² Subvencionada pela Fundação Rockefeller, chegou ao Brasil em 02 de setembro de 1921 com a missão de chefiar a Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil para dar sustentação à Reforma Carlos Chagas.

responsabilizar pelas Diretrizes e estruturação do ensino, a construção de, pelo menos, quatro escolas nos estados de São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro e Pará, difundindo o ensino da enfermagem no Brasil. Esta proposta foi iniciada pela construção da Escola de Enfermagem de São Paulo.

Ao final da década de 1940, a Escola Ana Nery ingressou na Universidade do Brasil, iniciando a luta hegemônica e desigual desta escola com a também recém-criada Escola de Enfermagem de São Paulo que tinha a forte colaboração da SESP e da Fundação Rockfeller. Com a criação da escola de São Paulo e o apoio do SESP, foi estabelecido um novo modelo de formação para enfermeiras, visando à formação para atividades no âmbito hospitalar. (RENOVATO; BAGNATO, 2008)

Ao compreender a luta pela institucionalização e formação universitária dos enfermeiros, cabe uma discussão panorâmica de como as intenções formativas foram modificadas ao longo do período que corresponde a institucionalização até a contemporaneidade, vista a seguir.

2.3 A ENFERMAGEM: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO AOS SABERES CONTEMPORÂNEOS

Enquanto processo social o significado de educação extrapola os conceitos formais considerados como a educação escolar em todos os níveis. No ensino da enfermagem, as oportunidades para a construção do conhecimento devem somar-se a uma consciência crítica e reflexiva do aluno, considerando todos os aspectos do ensino, tanto formal quanto o aprendizado adquirido e construído no contexto do indivíduo, pesquisa e extensão.

Neste aspecto, o ensino da enfermagem passou por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos, tendo como reflexo de cada mudança o contexto histórico da enfermagem e da sociedade brasileira. Conseqüentemente, o perfil do enfermeiro apresentou significativas mudanças em decorrência das transformações no cenário político-econômico e social da educação e da saúde no Brasil e no mundo. (ITO et al., 2006)

Segundo Corbellini (2007) até a década de 1950, o ensino da enfermagem estava confinado ao fazer. Eram valorizados os manuais de técnicas onde estavam inseridas as habilidades manuais necessárias, cobrando uma formação que capacitasse para a memorização, postura na realização da técnica, capricho e organização. Entretanto, na década

de 1960, a enfermagem buscou cientificidade, ainda que por meio das técnicas, contudo, sua base científica era voltada ao saber da medicina. Entre 1960 até por volta de 1980, a técnica ainda prevalecia no fazer da enfermeira, embora, dando indício da valorização de um saber mais autônomo, construído ao longo da sua trajetória pela busca identitária.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), em seu histórico de lutas pela democracia, ética e compromisso com a enfermagem brasileira tem suscitado grandes contribuições em defesa da formação profissional. Em 1949 seus esforços culminaram na elaboração da Lei nº. 775/49 que institucionalizou o ensino da enfermagem como matéria de lei. Em 1961, em decorrência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 20 de dezembro de 1961, suas sugestões fomentaram a fixação do Currículo Mínimo do Curso de Enfermagem no Parecer/CFE nº 271/62 que determinou o período de três anos de graduação e uma ênfase nas ciências físicas e biológicas, com predomínio das ações curativas. (VALE; FERNANDES, 2006)

Estas mudanças para a profissão do enfermeiro trouxeram inquietações, fazendo com que a ABEN organizasse Seminários e Fóruns em enfermagem para debater as Diretrizes Curriculares, a exemplo dos Seminários Nacionais de Diretrizes para educação em Enfermagem (SENADEN). (MOURA et al., 2006)

Em 1968, a ABEN juntamente com as escolas de enfermagem, utilizou o advento da Reforma Universitária (Lei nº. 04/72) para dispor sobre uma reformulação da estrutura curricular. Em 1972 um novo currículo é formalizado através do Parecer CFE nº 163-72 e da Resolução CFE nº 04-72.

Na década de 80, com a proposta de Reforma Sanitária Brasileira e implantação do SUS, foram aflorados os princípios de equidade, integralidade e universalidade, exigindo a formação de profissionais generalistas, capazes de atuarem sobre os diferentes níveis de atenção. Foi estruturada uma nova proposta curricular, oficializada em 1994 com a Portaria nº. 1721/94 que tem como foco a formação de enfermeiros críticos-reflexivos em quatro áreas: assistência, gerência, ensino e pesquisa.

Após dois anos de criação deste currículo, a Lei de Diretrizes e Bases Lei nº. 9394/96, em seu artigo nº. 53, atribuiu ao MEC prerrogativas para fixar os currículos dos cursos e programas, por meio das Comissões de Especialistas do Ensino de Graduação. Com a nova Lei de Diretrizes e Bases de 1996 ficou assegurada às Instituições de Ensino Superior (IES) autonomia didático-científica e em relação aos currículos dos seus cursos e programas, extinguindo a obrigatoriedade em manter a regulamentação do currículo mínimo determinado pela Portaria nº 1721/94. Surgiram as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas

para elaboração dos projetos pedagógicos, desativando os currículos mínimos e permitindo que as IES a definissem diferentes perfis de seus egressos.

Em 7 de novembro de 2001 uma nova proposta para *Enquadramento das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem* foi aprovada e transformada na Resolução CEN/CES nº. 03 de 07 de novembro de 2001 que instituiu as *Diretrizes curriculares nacionais do curso de enfermagem*. (VALE; FERNANDES, 2006)

As diretrizes tem por objetivos a proposta do formar para uma conduta ética, habilidosa em suas atribuições e nas inter-relações, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurarem a integralidade da assistência, qualidade e humanização do atendimento aos indivíduos, familiares e comunidade. Além disso, versa que a formação do enfermeiro deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva. O egresso deve ser capaz de intervir sobre problemas de saúde-doença mais prevalentes, segundo perfil epidemiológico, identificando as dimensões bio-psico-sociais de seus determinantes. Entre as competências necessárias para o enfermeiro estão a atenção à saúde, tomadas de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além da educação permanente. (BRASIL, 2001)

A inovação do ensino convive com as condições de trabalho vigentes que incluem o estabelecimento de contratos precários, redução de empregos e remuneração. Por outro lado, a partir do advento da Reforma Sanitária, amplia-se o mercado de trabalho para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o saber para atuar no SUS, mudando paradigmas vigentes até então e acarretando conseqüências pra a educação.

No entorno, a competência profissional passa a ser definida como capacidade de articular os conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade. O perfil profissional passou a requerer habilidades cognitivas (saber) e operacionais (saber-fazer) sustentadas pela ética e comprometimento (saber ser) segundo foi conceituado por Ito e outros estudiosos (2006). Tais comentários leva-nos a buscar as raízes da formação dos enfermeiros através de novos espaços para aprendizado. Neste sentido, a próxima secção abordará o ambiente hospitalar como fonte de ensino.

2.4 VIVÊNCIAS NOS ESTÁGIOS: O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE APRENDIZAGEM

A reflexão sobre o exercício de compartilhar experiências e saberes (re) construídos nos diversos espaços, pode contribuir para que as instituições formadoras repensem seus currículos, ofertando, aos futuros profissionais, oportunidades de práticas para além de um saber eminentemente técnico. (GARCIA; FAGUNDES, 2010, p. 108)

Ao analisar a enfermagem como uma profissão cuja essência está no cuidado ao ser humano, de forma holística e na amplitude do conceito de saúde que envolve aspectos biológico-psico-sociais, de trabalho e cultura, esta profissão agrega valores que produzem e ampliam conhecimentos empíricos e pressupostos teóricos e metodológicos em saúde.

As *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação enfermagem* (BRASIL, 2001) concebem como obrigatória à inclusão do *Estágio Curricular Supervisionado* (ECS) a ser realizado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviço de saúde e comunidade. Este deve representar 20% da carga horária total do curso, oportunizando o estudante a desenvolver as quatro competências do enfermeiro: gerenciar, cuidar, educar e pesquisar. (COSTA; GERMANO, 2007)

O ECS deve ser considerado como uma integração do saber com o fazer. Um procedimento didático com objetivo de oportunizar, situar, observar e aplicar de forma criteriosa e reflexiva os princípios e referenciais teórico-práticos assimilados durante o curso, sendo imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar entre teoria e prática, sem perder de vista a realidade na qual está inserido, afastando o desvio de uma intenção formadora mecanicista. Estes atributos diferenciam o ECS da prática ou aula prática comumente denominada, pois, a prática é considerada como recurso pedagógico para aplicação da teoria. (BERARDINELLI et al., 2003)

A importância do estágio para o processo de aprendizado do ofício de se tornar enfermeiro pode ser percebida por proporcionar um espaço fundamental para o exercício da apropriação gradativa da profissão. A partir das reações vivenciais, o indivíduo passa a ter a oportunidade de conhecer a si mesmo na diversidade do ambiente de trabalho. (SÁ, 2010) Faz com que os futuros profissionais possam interagir em meio ao sentimento, atitudes, cooperação, solidariedade e responsabilidade social, conhecendo a realidade do serviço, dos problemas que afetam a saúde da população e das relações de trabalho em saúde. Ao possibilitar esta diversidade de objetivos, o estágio aponta a sua grande magnitude para os profissionais do campo da saúde que é a integração multi-referencial, visto que, a rotina destes profissionais é compreendida pela necessidade de tomar decisões que afetam

diretamente a vida de outras pessoas. Durante o estágio, os estudantes são envolvidos por um movimento dialético entre os saberes éticos, técnico/científico e os saberes da experiência. (GARCIA; FAGUNDES, 2010)

Estas mesmas autoras conceituaram os saberes da experiência como aqueles que são adquiridos no modo como as pessoas respondem e dão sentido ao que acontece ao longo da vida. Iniciam durante a graduação e continuam a ser construídos na vida profissional, de forma gradual e não como saltos sucessivos como acontecem com os saberes técnico-científicos. Os saberes da experiência embora não sejam conceituados universalmente tal como o saber científico, são sempre criados ou reformulados nos momentos de optar por decisões.

Cabe considerar que a fase do ciclo da vida que a maioria dos discentes ingressa na universidade, compreendida pela transição da adolescência para a fase adulta, reflete uma imaturidade própria que pode resultar em insegurança e dúvidas. Dificulta o entendimento da realidade e peculiaridades profissionais, fazendo com que o ambiente escolar exija uma adaptação. Em um estudo sobre a vivência com estudantes de enfermagem foi observado que a maioria dos recém-ingressos relatou preferências em desenvolver atividades relacionadas a procedimentos, em conhecer a fisiopatologia e tratamento das doenças em detrimento das atividades educativas, do contato com a comunidade, da análise do contexto onde a comunidade está inserida, de participar de reuniões comunitárias e outros. (LUCENA et al., 2006) Neste sentido, a percepção da prática apenas como espaço para reconhecer problemas já traduzidos, deixa de lado a necessidade do pensar social, desentranhar o sentido de uma vida nova e caminhos de ação por fazer. Esta concepção equivocada tendência à repetição de modelos adestrados e constroem uma aplicação mecânica da prática profissional. (FAGUNDES; BURNHAM, 2005)

Os estágios curriculares manifestam o primeiro contato do estudante com a realidade prática da profissão. É esperado que demonstrem as habilidades práticas associadas aos conhecimentos teóricos adquiridos. Este momento passa a ser considerado, pelos alunos, como repleto de incertezas, ameaças e inseguranças frente às situações vivenciadas.

Outro fator que deve ser levado em consideração é o contato com o “novo” evidenciado pela mudança no ambiente de ensino, ou seja, o hospital e os novos sujeitos da aprendizagem, a relação enfermeiro-paciente que pode interferir e modificar o estudante frente aos processos fisiológicos, psicológicos e sociais. (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006)

A instituição hospitalar ao servir como mediadora de intervenção social deve conhecer a realidade problematizada do contexto da comunidade qual está inserido, visando à articulação para o atendimento das necessidades de saúde populacional, aliando sempre as atuações preventivas e curativas. Esta tentativa de atender aos problemas comunitários de saúde pode ser beneficiadora a partir do momento da criação de uma equipe polivalente e multiprofissional, onde, cada especialidade técnica compartilha seus saberes com os outros profissionais e com a comunidade, valorizando o conhecimento e a experiência do grupo. Esta metodologia permite configurar a intervenção como uma estratégia de formação na mudança, orientada para resolução de problemas “construídos” com os próprios destinatários das práticas de saúde.

A conceituação de formação em situações de produção consiste em organizar a formação em articulação com os contextos de trabalho, valorizado como estratégia formativa que associa teoria e ação. Esta tendência reflete uma ruptura com os modelos tradicionais de ensino considerados fora do tempo e espaços sociais. Além disso, permite tornar concreta uma dimensão “territorial” da formação, quer à nível de uma organização de trabalho, quer à nível do espaço físico hospitalar e social, quais, interagem distintas funções sociais e educativas, partindo do princípio das necessidades de uma equipe de saúde multidisciplinar e de interação social, materializada pela difusão das funções de formação a um conjunto de instituições e atores, caracterizando o fim do monopólio da formação escolar. (CANÁRIO, 2003) Contudo, nos hospitais, a hierarquia e as rotinas são muito rígidas e favorecem uma postura autoritária e inflexível dos profissionais que ensejam a necessidade dos estudantes em participarem de espaços favoráveis à construção do conhecimento de forma mais horizontal. (FAGUNDES; BURNHAM, 2005)

Após traçar as circunstâncias que envolvem a aprendizagem em vivências do cotidiano do trabalho, basta discutir como são plantadas e cultivadas as raízes que convergem para um saber cuidar de forma humana.

2.5 O SABER CUIDAR NA DIMENSÃO HUMANA

Segundo Bermejo (2008), conceituar humanização em saúde não é algo que se expresse com tanta facilidade devido à complexidade que a etiologia da palavra se apresenta. Humanizar é uma palavra mais moderna que substitui o termo *humanar*, que é definido como

tornar uma coisa mais humana, menos cruel, menos dura para os homens. O cuidar humanizado deve ir além da preocupação holística³ com o enfermo, mas, assegurar uma preocupação com a pessoa que irá prestar os cuidados, ou seja, o agente da saúde.

Ao tentar caracterizar a profundidade em que o termo se aplica as ações de saúde, iniciou-se com uma referência a unicidade de cada pessoa, aqui compreendido como o estilo próprio de cada um frente à vida, resultando na necessidade de personalizar a assistência em saúde. Em uma reflexão mais profunda, voltada para a unidade hospitalar, estes pensamentos são estendidos à gestão, a concepção do sistema de saúde, funcionamento das estruturas sanitárias, mentalidade das pessoas envolvidas no sistema, competência profissional e com elementos subjetivos como a dor evitada, o sofrimento prevenido, as capacidades recuperadas, o retorno da alegria e outros.

Em termos gerais, Bermejo (2008) traz alguns indicadores de humanização em saúde que vão desde o contexto da cultura, economia, política, estruturas ou ambientes para o cuidado, competência profissional, ética e cuidado com o cuidador.

Nos campos da cultura, dos valores e da ética, a humanização em saúde é observada através de atitudes que respeitam a vida, que não negam o sofrimento do outro, que têm humildade para perceber as limitações, que respeita as descobertas técnico-científicas de forma a harmonizar com o conhecimento comum.

Os aspectos humanizadores inerentes ao âmbito da política e da economia são identificados pela noção de que um sistema político será tanto mais humano quanto mais se distribua de maneira justa os recursos econômicos voltados para a saúde, assim como, quanto mais se proporcione um acesso universal e transparente dos serviços de saúde e das ações da gestão. Do ponto de vista das estruturas e da ambiência onde a assistência em saúde acontece, deve-se priorizar o conforto desde a constituição da planta física, funcionalidade, até o modo como se organiza o trabalho.

Por fim e sem levar em consideração a importância da ordem de apresentação dos campos de atuação da humanização da assistência explicitados até o momento, o espectro deste termo perpassa a preocupação com o cuidador. Esta é ressaltada sob o ponto de vista da atenção às motivações intrínsecas para cultivar o bom grau de valorização e auto-estima até preocupações do âmbito da competência profissional. Neste último eixo, a humanização pode ser percebida e enfatizada desde o início do processo de formação na graduação e se perpetuar

³ Preocupação holística – segundo Bermejo (2008) é entendida como aquela que considera a interdependência entre o corpo, a mente e o entorno.

de forma contínua. Para isto, faz-se necessário incluir no currículo profissional conteúdos das ciências humanas e enfatizar as relações, seja com os usuários ou com a equipe multiprofissional. (BERMEJO, 2008)

Ao compreender que humanizar o cuidado representa a maneira como ocorrem às relações humanas, esta prática envolve o ouvir o que o outro tem a dizer, considerar os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência.

A autonomia do indivíduo é compreendida como a capacidade inerente ao homem de elaborar leis para si mesmo, de agir conforme sua vontade a partir de escolhas de alcance pessoal. Embora sabendo dos direitos do paciente, é difícil o enfermeiro permitir a manifestação das vontades do doente em detrimento das normas hospitalares. A justiça está voltada para uma assistência equitativa para todos os pacientes, enquanto que, o princípio da beneficência e não maleficência pressupõe ir além de não prejudicar, mas, em fazer ativamente o bem. (BARBOSA; SILVA, 2007)

No estágio hospitalar o saber humano parece confrontar-se com o saber técnico. Os estudantes ao depararem com o sofrimento do paciente despertam a dimensão humana, sendo sensibilizados para o cuidar humanizado. Passam a se identificarem com os problemas do doente e a refletirem sobre seus próprios conflitos e frustrações, reconhecendo a condição humana e percebendo o contexto de vida subjetiva e social embutidos no quadro de doença e hospitalização. Contudo, esta aproximação os torna vulneráveis ao sofrimento. Sentimento de tristeza e preocupação com os pacientes passam a serem situações vivenciadas pelos estudantes que iniciam a prática profissional, inclusive, em situações extra-muros hospitalares, quando as ações do trabalho começam a repercutir na vida pessoal de cada estudante. Além disso, a falta de preparo para o cuidar e para o enfrentamento de experiências marcadas pelo sofrimento apresenta-se como uma dificuldade a ser considerada.

A ansiedade pelo aprender torna-os mais observadores e gera situações de conflitos pessoais ao identificar atitudes inadequadas dos profissionais, que ferem aos princípios éticos e humanos. Uma forma de exemplificar este pensamento está na observação da postura profissional que agrega um fazer mecânico e frio, entre outros. Estas atitudes deslocam o eixo para a humanização e valorização da autonomia do paciente durante a execução de um procedimento técnico, onde, muitas vezes, os pacientes não são questionados em relação às suas opiniões. Estes fatos convergem para a falta de formação dos profissionais de saúde para o lado subjetivo do enfrentamento do cuidar, considerações estas que reforçam a necessidade de mudanças na estrutura curricular da equipe de saúde. (CASATE; CORRÊA, 2006)

Ao retomar a concepção de humanização como saber e correlacionando à realidade hospitalar como espaço para aprendizado que proporciona os saberes ditos da experiência, observa-se uma relação direta com a interação entre as pessoas, tais como: melhor capacidade de comunicação, falar e escutar, procurando reduzir a assimetria entre linguagem técnica e popular, aprender a se relacionar e compreender o outro, perceber que a população tem seus próprios saberes, gerir situações que ocorrem no cotidiano do trabalho, resolver problemas criativamente, atentar para uma prática profissional humanizada, compreender de forma mais ampla as possibilidades da formação profissional. Contudo, estes aprendizados não são tão valorizados pelos estudantes que iniciam a prática profissional com o desejo de aprender os procedimentos técnicos ou a clínica em saúde. (FAGUNDES; BURNHAM, 2005)

Frente à complexidade que envolve o humanizar a assistência em saúde, dilemas entre o público e o privado, as belíssimas alíneas que descrevem o SUS e a necessidade da aplicação de conceitos humanizadores tão falados e que por ora se apresentam como pouco vivenciados, foi criada a Política de Humanização da Atenção e da Gestão para o SUS, também chamada de PNH ou Humaniza SUS. Uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde para o SUS. Seu foco converge para a perspectiva da produção de novas atitudes por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, da percepção de uma nova ética para superar os problemas e desafios no cotidiano do trabalho. É abraçada por uma produção da discursividade moral que se assemelha ao modo “certo” de se fazer a assistência em saúde. Sua abordagem metodológica parte do pressuposto de treinar trabalhadores ou corrigi-los em atitudes consideradas (des) humanas. A criação desta Política expressa a magnitude atribuída a este saber para a saúde. Utiliza para isto a adoção de práticas inclusivas e direcionadas para as ações da gestão, do cuidado e da capacitação dos profissionais. Porém, não se torna expressiva no tocante da integração com as escolas de formação e Instituições de Ensino Superior em saúde, carecendo de uma proposta que possa estreitar os laços desta importante Política com o processo educacional formal do país. (PASCHE; PASSOS, 2010)

Entendendo o currículo como um dos norteados para esta ação formativa, há de se considerar uma forte preocupação com os passos que levam à fragmentação do mesmo. Muitas das ações que conduzem à redução do poder curricular podem ser expressas, entre outras, pela falta de integração com as demais disciplinas e com o mundo. Tornando-o voltado para reforçar a visão quase que puramente tecnicista e instrumental, engessada no processo de formação profissional. (SÀ, 2010)

Considerando o saber sobre humanização e o currículo do curso de enfermagem, ao comparar um estudo feito por Garcia e Fagundes (2010) com o pensamento de Macedo (2004) pode-se exemplificar o distanciamento e diferenciações existentes entre o currículo formal e currículo moral.

O estudo de Garcia e Fagundes (2010) teve por objetivo procurar identificar de que forma o estágio, na condição de espaço para aprendizado, contribuía para a formação. Em seus achados, ao classificarem as aprendizagens decorrentes do estágio, as cinco mais citadas foram: entender a diversidade e as relações de poder no contexto do trabalho, escutar, ser solidário e desenvolver atitudes de articulação no trabalho e com a equipe. Embora os sujeitos do referido estudo – estudantes do curso superior em enfermagem – tenham citados aprendizados que incorporavam o conceito de saber sobre humanização, nenhuma alusão sobre este tema havia sido proferida na programação do referido estágio, realizados pelos mentores do curso. (GARCIA; FAGUNDES, 2010) Desta forma, a programação do curso é caracterizada como currículo formal e a noção de currículo moral estaria exemplificada na classificação dos cinco aprendizados mais citados pelos sujeitos, ou seja, embora o saber sobre humanização não fosse descrito nos programas de disciplinas, assim o foi oportunamente durante a construção do aprendizado no estágio. (MACEDO, 2004)

Para finalizar as contextualizações teóricas, reuni na secção a seguir desfechos sobre o saber, a autonomia e a reflexividade na medida em que a delimitação destes conceitos se confluem e entrelaçam-se.

2.6 O SABER, A AUTONOMIA E A REFLEXIVIDADE: A EPISTEMOLOGIA DA PRÁTICA PROFISSIONAL

A epistemologia da prática profissional é um processo de reflexão normativa que compreende a demarcação entre a ciência e a não-ciência. Agrega valores além do estudo estrito da lógica científica para incorporar, desde a história das ciências, da psicologia, sociologia, antropologia até o estudo do saber cotidiano, do senso comum, do poder e dos sistemas de ações onde perpassam as inter-relações humanas.

Neste panorama, a epistemologia da prática profissional é o estudo do conjunto de saberes que são realmente utilizados pelos profissionais em seu espaço de trabalho cotidiano para desempenharem todas as tarefas que lhes competem. Compreende a análise de como

estes conhecimentos são integrados à prática profissional e como os indivíduos os incorporam, produzem, utilizam, aplicam e transformam em função dos limites e recursos inerentes às atividades do trabalho.

O conjunto de saberes profissionais pode ser definido como elemento que engloba o conhecimento, as competências, as habilidades ou aptidões e as atitudes dentro da atmosfera da construção cognitiva sobre as atividades específicas da profissão, as habilidades no desempenho das técnicas e procedimentos e a capacidade de fazê-los dentro dos princípios éticos e estéticos que devem ser considerados salutar em qualquer formação profissional. Refere-se ao trabalho, onde, na realização de suas atividades, os saberes são construídos. (TARDIFF, 2002)

Conforme Madeira e Lima (2007), a origem dos referidos saberes é abrangente às práticas inseridas no currículo para a formação do sujeito. Contudo, não se deve confundir saberes profissionais com os conhecimentos adquiridos puramente na Universidade, visto que, a prática profissional se constitui em um processo de filtração e transformação destes conhecimentos em função das exigências do trabalho, desprezando os que não têm relação com a atividade laboral.

Entre as características dos saberes, há destaque para: terem caráter temporal, serem plurais ou heterogêneos, personalizados e situados e, além disto, humanísticos.

São temporais quando adquiridos através do tempo. Seja pelos valores enraizados nos indivíduos provenientes de sua própria história de vida, ou determinados durante o início da profissão, onde são estruturadas as práticas oriundas do sentimento de competência e o estabelecimento de uma rotina para o trabalho caracterizada pela intensa aprendizagem do ofício que margeia uma edificação de um saber experiencial e precoce, transformados em certezas profissionais. Além disso, podem ser considerados temporais, pois são utilizados e se desenvolvem continuamente no âmbito de uma carreira na tentativa de adaptar as habilidades humanas ao ritmo acelerado das mudanças mundiais, tornando o mundo mais hospitaleiro às necessidades da humanidade. (TARDIFF, 2002) Ajustar os saberes às exigências da economia e da sociedade do conhecimento significa fazer uma educação permanente expressivamente voltada para a seleção e aquisição de qualificações, seguindo a concepção de mercado de trabalho fluido e instável. (BAUMAN, 2005; SILVA, 2009)

A vertente plural e heterogênea é vista por ser oriunda de diversas fontes, quais sejam: trabalho, cultura pessoal, história de vida, certos conhecimentos disciplinares aprendidos nas universidades, curriculares, experiência de trabalho entre outros. Parafraseando com esta narrativa, são plurais porque não formam um repertório de conhecimento unificado. É

multidisciplinar, eclético e sincrético. Além disso, têm a ambição de atingir diferentes tipos de objetivos em uma trama dinâmica de interações humanas.

São considerados personalizados e situados dentro da lógica de que não podem ser reduzidos ao estudo da cognição. O profissional tem uma história de vida, é um ator social, tem emoções, um corpo, poderes, uma personalidade, culturas e seus pensamentos e ações carregam esta marcas nos contextos que estão inseridos. São saberes apropriados e difíceis de serem dissociados das pessoas, de sua experiência e da situação de trabalho.

Finalizando a citação de algumas características dos saberes, faz-se pertinente a reflexão de que o saber em saúde é construído por seres humanos e para os seres humanos. (TARDIFF, 2002)

A ênfase dada ao conhecimento e às “culturas epistêmicas”, no sentido da construção do conhecimento, tornou-se uma preocupação da sociedade sensível às necessidades efêmeras. O desenvolvimento profissional e os saberes ocupam espaços ilimitados e fluidos. Este fato é marcado pelas mudanças sócio-políticas e culturais que surgem no país, rotuladas pelas forças do sistema capitalista e do mundo globalizado que influenciam a vida cotidiana, atuam sobre as profissões e as identidades profissionais, reforçando a idéia de que as construções destes perfis profissionais acontecem além do âmbito das instituições formais de educação. (FARTES, 2008)

Segundo Charlot (2005), o saber deve-se formar reformando-se e, para isto, o autor explicita que a relação com o saber foi construída relativamente a partir da avaliação crítica da psicanálise, da sociologia, da educação e das influências da compreensão didática para o saber. Segundo a psicanálise, todo estudo com foco no saber não poderá se ausentar da base psicanalista. A partir da teorização da relação de objeto, do desejo, e do desejo do saber, depois da inserção social destes com as relações.

Para este mesmo autor, os psicanalistas consideram como questão chave a do saber como o objeto de desejo. Entende-se o desejo como algo que leva ao ápice do prazer. Então, inicialmente, vem o desejo que é considerado como uma primeira aspiração. Visa ao prazer, ao gozo, e não a um objeto determinado, com isso, deve-se compreender que é o gozo que é visado, não importando o meio. Mesmo que não idealizado, o objeto estará intrínseco neste processo. Analogicamente, não é o desejo de saber que é visado, mais sim, o gozo de si mesmo, do domínio do outro, do gozo do outro.

Existem fatores externos que excitam o indivíduo a uma aspiração para o saber que não a vontade desinteressada em aprender, existindo uma diversidade de relações entre o sujeito e seus objetos (defensiva, júbilo, explícita, oculta, etc.). Para passar do desejo à

vontade de saber e desta para o desejo de aprender, é necessário se pontuar todo processo individual de compreensão do sujeito no mundo, avaliando seus valores, construção da personalidade psicofamiliar e por sua manutenção no espaço formador. O sujeito tem uma história e vive em um mundo humano, é construído através do processo de identificação e (des) identificação, onde talvez, este fato justifique as possibilidades de desejo de saber e o do desejo de não saber. Os psicólogos põem em evidência as dificuldades cognitivas, afetivas e de identificação, mas, não explicam porque essas dificuldades aparecem mais frequentemente em certas classes sociais do que em outras.

Seguindo os pensamentos de Charlot (2005), os sociólogos podem explicar porque que os indivíduos podem fracassar em relação ao saber e sucesso escolar utilizando as posições de classe. Partem do princípio de que a desigualdade social é fruto do processo escolar formador e para redução desta devem-se transformar as relações com a linguagem, cultura e saber. Faz-se necessário compreender que a relação com a linguagem, cultura e com o saber é responsável por estabelecer vínculo cíclico entre o sistema escolar e a estrutura das relações de classe.

A desigualdade social também sofre influência da transformação das práticas pedagógicas e reflete a necessidade de um sistema escolar que sirva a um outro sistema de funções externas, a um outro estado de relação de força entre as classes. O desafio é transformar as relações sociais para tornar possível uma escola que pratique uma pedagogia explícita, afastando o sentido de pedagogia da reprodução.

A compreensão do sucesso escolar não deve ser avaliada apenas no tocante das posições sociais, mas, é necessário considerar a história do sujeito, a de sua construção e transformação. Neste pressuposto, fica fácil compreender o fato que leva aos indivíduos de classes econômicas desfavorecidas à uma aquisição positiva no processo formador.

Neste sentido, não se pode contar apenas com a análise de posições sociais, é preciso analisar também as atividades que o indivíduo desenvolve para conquistar e manter essas posições. É necessário à concepção dos “balanços dos saberes”, ou seja, o saber relacionado com a história do indivíduo e suas atividades.

Referenciar a relação com o saber é buscar compreender como o sujeito apreende o mundo e, com isto, constrói e transforma a si mesmo dentro de uma compreensão de sujeitos indissociavelmente humanos, sociais e singulares, considerando aspectos antropológicos, do âmbito das desigualdades sociais, psicológica ou psicanalista e do confronto com o próprio eu. A busca pela relação com o saber permite lançar um olhar sobre também à dimensão didática, uma vez que, não se pode pensar o aprender sem se preocupar com a relação para

alcançá-lo. Por outro lado, o indivíduo visto como sujeito do saber não é apresentado ou transmitido, mas sim, sua apreensão é conquistada e construída. É o sujeito que aprende, mas, isto se faz com a mediação do outro nas construções propostas (CHARLOT, 2005).

Ao compreender que a busca intelectual surge da procura em identificar o que é feito com o conhecimento adquirido e os passos que permitem esta aquisição, a construção dos saberes é vista a partir de quatro dimensões. A primeira dimensão caracteriza a importância da inclusão do pensamento oriundo das Ciências Sociais nas diversas áreas profissionais, questionando o etnocentrismo científico inserido nos processos de formação profissional. (CARIA et al., 2005)

Na equipe de saúde, por exemplo, a ênfase na preocupação em transformar o pensamento de sub-disciplinaridade, posto nas relações de poder entre os grupos médicos e não-médicos quais inserem a enfermagem em um contexto de profissão subalterna, por uma dimensão que se preocupe mais em poder relativizar e criticar o significado da relação multidisciplinar. Este pensamento foi bem exemplificado por Riley e Nelson (1974) quando compararam os papéis e a estrutura social de dois grupos, um de profissionais que assistem à clínica e outro aos procedimentos cirúrgicos. Verificou que há um contraste em relação aos valores destes grupos, assim como, nas concepções de poder e hierarquia entre as estratificações médicas vista nos médicos considerados chefes e seus residentes, assim como, entre as outras profissões, em especial da enfermagem. Na ala cirúrgica há uma menor preocupação com os poderes hierárquicos, tendo em seu centro de preocupações o processo técnico-cirúrgico, enquanto que na clínica, uma preocupação maior no aspecto holístico do paciente. Sendo assim, os médicos da equipe cirúrgica tornam-se mais dependentes das informações dos enfermeiros, levando-os a uma maior autonomia e reduzindo o poder profissional atribuído à equipe médica.

Retornando às dimensões definidas por Caria e outros autores (2005), a segunda proposta é centrada na idéia de oferecer bases que sustentem a subjetividade para compreensão das representações sociais, entre outros, pela análise das estatísticas nacionais sobre recomposições profissionais que sustentam as estratificações sociais. Nestes, são destacados os lugares de classe entre os profissionais considerados técnicos e de enquadramento, fazendo alusão ao nível de escolaridade que são essenciais como indicadores de estruturação macro-social. Esta concepção pode ser correlacionada à formação da equipe de enfermagem ao levar em consideração o grau de hierarquia neste grupo profissional, considerando a relação de poder entre as classes dos técnicos e enfermeiros.

A terceira dimensão abordada por Caria e outros (2005) focaliza o trabalho intelectual, voltado para uma análise dos grupos profissionais de qualificação escolar de nível superior, quais demonstram autonomia frente à estrutura social, não pertencendo à lógica dos processos de racionalização burocrática ou fragmentada. Esta concepção é diferenciada para o processo de formação dos enfermeiros brasileiros, marcados por ora como profissionais de poder e autônomos frente à subclasse da enfermagem, por ora subalternos e dependentes em virtude da concepção hegemônica da formação médica.

Na quarta fronteira, com a intenção de definir uma margem para os demais contornos expressos aqui, o mesmo autor afirma que o trabalho intelectual dos grupos profissionais começa na recontextualização profissional do conhecimento abstrato, nos diversos contextos organizacionais, exteriores aos campos universitários e científicos. Considera conhecimento abstrato como o conteúdo das informações contidas nos enunciados escritos especializados e que podem servir como fontes de manipulação oral. Recontextualização seria a transposição de formas de conhecimento e reflexividade, resultando na possibilidade de fazer usos diferenciados de regras e recursos, evidenciando o caráter autônomo profissional. Neste sentido, a recontextualização de formas e formatos do conhecimento significa passar de uma lógica informacional e produtivista, de controle social e de instrumentalidade no uso do conhecimento abstrato, para uma lógica do saber em que o conhecimento está subordinado a epistemologia prática. Ao considerar as noções de reflexividade e de uso do conhecimento abstrato observa-se um envolvimento na conjuntura social dos debates sobre sociedade do conhecimento e do processo de construção do saber que envolve os enfermeiros. (CARIA et al., 2005)

Segundo Schon (2000), ao se identificar um problema que necessite de intervenção, o profissional deve apreciar a situação de modo a avaliar todos os aspectos possíveis que envolvem cada uma de suas ações para saber agir nas incertezas. Isto envolve a percepção ontológica, visto que, estas situações não são resolvidas puramente com a racionalidade técnica gerada pela pesquisa ou conhecimento acadêmico. Se assim fosse, a habilidade para o enfermeiro resolver o problema de uma paciente que necessitasse da aplicação de uma medicação venosa seria apenas vista em termos da aplicação técnica de uma punção venosa. Não levaria em consideração as circunstâncias que envolvem a capacidade da aplicação desta técnica. Assim, a conduta que o enfermeiro frente a uma punção venosa em uma criança com medo, seria igual à forma de puncionar um adulto calmo. Esta ausência de percepção reflexiva concretizada em ação puramente técnica e mecanicista poderia gerar o insucesso frente à tentativa de resolução do problema.

Existem situações problemáticas consideradas como um caso único, que não comporte uma resposta específica por não está escrito em nenhum dos manuais de técnicas do enfermeiro e, além dessas, situações que envolvam conflitos de valores, onde não há fins claros e consistentes para uma definição baseada puramente na técnica. Para resolver de forma competente, cabe ao enfermeiro utilizar sua capacidade de improvisação, inventando e testando estratégias situacionais, fruto do seu conhecimento.

Estas zonas indeterminadas da prática profissional que geram incerteza, singularidade e os conflitos de valores escapam dos cânones da racionalidade técnica. Os profissionais devem ser formados no âmbito do agregar o fazer com as concepções da escola profissional. Estas concepções filosóficas devem envolver articulações com o currículo, com a construção intelectual, política e suas relações interdisciplinares com a prática. Embora a epistemologia da prática aponte para a necessidade de se formar profissionais da saúde para atuarem também nas zonas indeterminadas, não há espaços objetivos para esta finalidade no currículo do enfermeiro. (SCHON, 2000)

Visando melhorar a perspicácia, o talento profissional ou a intuição dos enfermeiros, as *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem* (BRASIL, 2001), em seu art. 3º, apontam para a necessidade de formar enfermeiros crítico-reflexivo. Para isto, faz-se necessário enfrentar algumas barreiras estruturais na relação ensino-aprendizado a começar pela aceitação de algumas dicotomias como o distanciamento entre teoria e prática, disciplinas essenciais e complementares, o sistema social dos profissionais da saúde e o sistema social dos pacientes, entre outras. Além disso, deve-se dissolver a dualidade enraizada na técnica racional das disciplinas em relação à reflexão na ação, valorizando a fenomenologia da práxis.

Para a concretização da reflexão na ação, os currículos universitários devem basear-se menos em conhecimentos instrumentais e mais no ensino que valorize as pesquisas e argumentações científicas na prática, através do fazer. Em consonância, rever uma estrutura acadêmica com bases intensivas e com pressupostos na educação permanente que viabilize construções e (des)construções para a formação dos saberes. Outro fator importante é a percepção cultural frente a imagem do instrutor da prática. Este não depende puramente da proficiência de ser palestrante, mas, como um indivíduo autêntico que utiliza sua maestria para o talento artístico profissional, de forma a mediar a conexão dos diversos conhecimentos.

Em vista dos argumentos apresentados, a formação do enfermeiro crítico-reflexivo pode ser ameaçada pela pressão da racionalidade técnica e pelas limitações da autonomia dos profissionais para atenderem às necessidades de um mundo capitalista e das relações de poder,

quais reduzem as chances dos enfermeiros em pensar livremente e agir de acordo com suas percepções. (SCHON, 2000)

Frente às informações e inquietações suscitadas nesta contextualização teórica, passarei a explicar os caminhos utilizados nesta pesquisa para o alcance dos objetivos propostos.

3 PASSOS METODOLÓGICOS

A descrição da metodologia utilizada para este estudo foi dividida em partes para facilitar a compreensão dos passos que levaram a obtenção dos resultados. No tocante do método do estudo foram explicitadas as razões que levaram a escolha do estudo de caso e da ênfase no caráter qualitativo, baseado nos conceitos de Minayo (2008) e Yin (2009). Em seguida, foi caracterizado o local de realização deste estudo, visando uma compreensão sobre o contexto onde esta análise estava sendo inserida. No item que abrange população e amostra foi delineada a população deste estudo, assim como, a justificativa pela escolha de uma amostra intencional e não probabilística, considerando os conceitos de Laville e Dionne (1999).

A explicação sobre os instrumentos para a coleta de dados foi dividida entre pesquisa de campo e pesquisa documental. Assim também foi feito em relação à metodologia aplicada para a análise dos dados. Para isto, o respaldo teórico para este recorte foi substanciado por autores tais como Lakatos e Marconi (2007) e Vergara (2009).

3.1 MÉTODO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de caráter qualitativo. Entende-se por este tipo de abordagem todo processo que se aplica às percepções e opiniões, produto das interpretações que os indivíduos fazem sobre seu contexto de vida, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2008)

Para o alcance dos objetivos propostos e considerando o propósito de investigação, utilizou-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso. Esta estratégia deve ser escolhida quando se investiga um fenômeno contemporâneo dentro de uma análise de vida real e ao ser envolvido pela compreensão de que os limites entre contexto e o fenômeno não estão claramente definidos. (YIN, 2009) Consiste em um método de ampla abrangência no tocante da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas às análises dos mesmos.

Os dados foram coletados através das técnicas de entrevistas individuais e pesquisa documental. A busca do referencial teórico teve como perguntas chaves: educação, enfermagem, humanização, saberes e formação profissional.

3.2 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Geral Roberto Santos, que constitui um dos hospitais pertencentes à rede de estágios conveniados à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA, localizado na Rua Silveira Martins, 4000, Cabula Salvador-BA.

Estes estudantes ao cursarem a disciplina *Clínica Cirúrgica II* vivenciaram a prática da enfermagem na unidade de emergência, acompanhados por um enfermeiro professor da UFBA que realizou a função de supervisão.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Entende-se por população, a amplitude de sujeitos que se enquadram no aspecto geral da temática. (LAVILLE; DIONNE, 1999) Neste sentido, a população abrangeu todos os estudantes de ensino superior em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFBA que fizeram estágio curricular supervisionado no Hospital Geral Roberto Santos.

Segundo ainda Laville e Dionne (1999), de acordo com a finalidade do estudo, a população passa a ser recortada com o intuito de adquirir um conjunto da mesma que expresse com mais precisão o que se quer estudar. Ao seguir estes passos, chega-se ao conceito de amostra desta população. Contudo, é preciso que haja uma amostra que seja representativa, ou seja, que forneça da população uma imagem fiel. Neste sentido, a população desta pesquisa foi recortada para todos os estudantes de ensino superior da Faculdade de Enfermagem da UFBA que fizeram estágio curricular supervisionado no HGRS ao cursarem a disciplina *Clínica cirúrgica II*, que corresponde às práticas de enfermagem na unidade de emergência, no período do segundo semestre do ano de 2010.

A opção pela amostra intencional e não probabilística foi considerada na possibilidade de ser julgada pequena no aspecto quantitativo, qual fora representada por dezesseis estudantes. Porém, para que a representatividade chegue mais próxima ao perfil desejado entre os graduandos em enfermagem fez-se necessário pensar uma amostra cuja representatividade fosse marcada pelo aspecto qualitativo. (LAVILLE; DIONNE, 1999)

A escolha da amostra foi definida por acreditar que os estagiários, ao vivenciarem o estágio curricular em uma unidade de emergência, já tiveram a oportunidade de cursarem outros estágios curriculares, obtendo um amadurecimento ao menos mínimo, para perceberem além da rotina e técnicas inerentes à disciplina, mas, as influências e fatores que circundam o cotidiano do trabalho de enfermagem.

Nesta disciplina, os estudantes são envolvidos pelo dinamismo da unidade de emergência devido à rotatividade grande de pacientes com quadros clínicos agudos que precisam de intervenções imediatas, muitas vezes, no limite entre a vida e a morte. Estes atributos conferiram à disciplina *Clínica cirúrgica II*, um potencial máximo para a percepção dos estudantes em relação à reconstrução do saber sobre humanização.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos foram estudantes do curso superior em enfermagem da UFBA que cursaram o estágio curricular hospitalar, referente à disciplina *Clínica cirúrgica II*, no hospital Geral Roberto Santos, no contexto da unidade de Emergência para adultos, no período de agosto até dezembro de 2010.

O critério de inclusão foi todo e qualquer estudante da Faculdade de Enfermagem da UFBA que estivesse cursando a disciplina *Clínica-cirúrgica II* no Hospital Geral Roberto Santos no período mencionado e que aceitasse participar de forma livre e esclarecida desta pesquisa, conforme Parecer nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética. (BRASIL, 1996) (APÊNDICE B)

Segundo Programa de Curso, a disciplina *Clínica cirúrgica II* foi estruturada na tentativa de integração teoria e prática vivenciada no âmbito acadêmico e no estágio hospitalar na unidade de emergência. É ofertada no sexto semestre, conforme currículo 2008.1 da UFBA. Visa desenvolver conhecimentos e habilidades para a assistência de enfermagem

aos indivíduos adultos com demandas clínico-cirúrgicas, considerando o perfil epidemiológico e os problemas agudos e pré-hospitalares. (ANEXOS A e B)

Em conformidade com a rotina da Instituição para a realização do estágio, a turma foi dividida em grupos de seis e cinco estudantes, correspondendo a três grupos e um total de dezesseis estudantes. Estes ficaram sob a tutela de um professor supervisor para a execução de suas atividades em campo prático. O tempo de estágio de cada turma foi de aproximadamente três semanas, dispostas em três dias semanais (terça, quarta e quinta-feira), turno matutino.

Perfizeram um quantitativo de quinze sujeitos. Apenas um estagiário foi excluído da amostra por incompatibilidade de acesso ao mesmo frente às atividades inerentes ao estágio.

Neste currículo, o estágio é iniciado no quarto semestre, visando, entre outros, garantir que o estudante tenha o conhecimento teórico-prático mínimo necessário para iniciação da vivência hospitalar, afastando condições de risco ao cuidado com o paciente e atendendo às normas para estágios conforme Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. (BRASIL, 2001)

3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados são explicados abaixo, considerando os aspectos de uma análise de campo construída a partir de entrevistas individuais e a percepção sobre o currículo, através da análise documental.

3.5.1 Pesquisa de campo

Foram realizadas entrevistas individuais. Segundo Laville e Dionne (1999), a entrevista visa esclarecimento e sondagem, permitindo o conhecimento dos sujeitos do estudo juntamente com suas percepções e a contextualização do ambiente do trabalho. A entrevista viabilizou conhecer o que os sujeitos pensavam sobre a reconstrução do saber sobre humanização. (LAKATOS; MARCONI, 2007) Este método é útil quando se deseja obter informações que dizem respeito às experiências vividas ou tendências futuras inerentes aos sujeitos ou como parte de um processo. Neste último, referiu-se a escolha da técnica de

entrevistas associada à análise documental. Além disso, a entrevista tem utilidade quando se busca captar opiniões diretamente pela comunicação oral ou de forma subjetiva a partir da percepção do entrevistador em relação aos entrevistados. Esta opção viabilizou além da investigação das respostas objetivas, algo mais próximo da realidade experimentada pelos entrevistados, evidenciado através das reações, dos gestos, do tom, hesitações, enfim, da subjetividade do ser humano. (VERGARA, 2009)

As entrevistas tiveram como guias as estruturas de roteiros inspirados nos instrumentos elaborados por Barros e Pinto (2010) e outro por Tamayo (1997), que representaram as categorias chaves para as perguntas do entrevistador.

O *Roteiro de entrevistas* (APÊNDICE A) constou de trinta e sete questões, dividido em quatro vertentes. Na primeira Aspectos gerais foram elaboradas questões sobre identificação, dado pessoal e contato do entrevistado, representadas pelas questões de número 1 até 9; na segunda Saber correspondeu às questões de número 10 até 19; na terceira vertente Autonomia da 20 até 26 e a quarta vertente Reflexividade das questões 27 até 37.

Em relação à estrutura do *Roteiro entrevistas* (APÊNDICE A), foram realizadas perguntas fechadas e semi-abertas. A estrutura fechada foi aplicada quanto às necessidades da vertente Aspectos gerais de favorecer respostas únicas, tais como, da primeira à nona pergunta.

O caráter semi-aberto foi compreendido por ser focado na temática e permitir explicações aos entrevistados quanto a alguma pergunta ou palavra, conforme explicitado na décima quarta questão ao questionar: Qual o principal motivo que você atribui à falta de tempo para o estudo? Primeiramente, o entrevistado ficou livre para responder o que quisesse. Caso o entrevistador percebesse dificuldades para a resposta, este lançaria algumas opções explicativas com objetivo de recompor o roteiro e enriquecer a coleta de informações ou pela necessidade de manter o foco da entrevista. Esta estratégia pode ser percebida pelas preposições atribuídas à décima quarta questão do roteiro: 14.a você estuda e trabalha; 14.b não tem acesso ao material didático; 14.c não está satisfeito com o curso; 14.e não acha necessário; 14.f isto não se aplica; 14.g outros. A inclusão do item “outros” teve a intenção de manter a liberdade do entrevistado diante das preposições explicativas.

O teor semi-aberto também foi relevante pela possibilidade do entrevistador estimular o sujeito para falar sobre alguma situação, utilizando para isto, a inclusão de perguntas, favorecendo exploração em profundidade do conteúdo em discussão, conforme observado na décima terceira pergunta: Você acha seu tempo de estudo suficiente? Por quê? Se não for suficiente, quantas horas você acredita que seria suficiente? (VERGARA, 2009)

Ao considerar a intencionalidade das perguntas dentro do contexto de estrutura semi-aberta para roteiro de entrevistas, foram formuladas perguntas que suscitaram respostas explicativas ou causais, avaliativas e hipotéticas. A maioria das perguntas foi de caráter explicativo ou causal. Entendeu-se por explicativo ou causal por indicarem razões imediatas ou mediatas sobre algum fenômeno. Utilizou-se para esta finalidade a estratégia de solicitar uma justificativa ou razão para tal fenômeno, logo após a pergunta inicial: “O que você mudaria para melhorar a construção do seu aprendizado durante os estágios? Por quê?” (pergunta de número 27). A intenção nas perguntas que foram estruturadas solicitando uma justificativa foi explorar em profundidade a opinião do sujeito. Por pergunta avaliativa foram compreendidas as que provocaram julgamento de valor, permitindo ao entrevistado explicitar seu parecer sobre o fenômeno: “Você já teve a sensação de que algum paciente ou família fossem seus inimigos?” (questão de número 35). A subjetividade desta pergunta permitiu especular o estagiário em relação à percepção sobre o contexto que envolve o doente hospitalizado e a relação com o profissional da saúde. Por perguntas hipotéticas foram compreendidas as que partiram de uma situação que não era realidade, mas, que poderia ter sido. Um exemplo deste tipo de pergunta está evidenciado na trigésima questão: “Após administrar um medicamento, você reconhece que a medicação estava errada. O que você faria?”. A intenção nesta pergunta seria identificar a reação do estudante se caso passasse por uma situação de erro em relação aos seus cuidados com o paciente, colocando-o vulnerável a uma punição. (VERGARA, 2009)

3.5.2 Pesquisa documental

Em relação à pesquisa documental, foi criado um instrumento para coleta de dados (APÊNDICE B) que versou sobre avaliação do currículo 2008.1 do curso superior em enfermagem, através dos Programas de Disciplinas.

Das trinta e seis disciplinas que compõem o currículo da graduação em enfermagem, uma foi excluída por se tratar de disciplina optativa, que é de livre escolha dos estudantes. Não foi possível o acesso, no período equivalente à coleta de dados, de um dos programas de curso, referente à disciplina *Trabalho de Conclusão de Curso II*, totalizando a análise de trinta e quatro Programas de Curso de Disciplinas o que representou uma análise de 94,4% da grade curricular do referido curso.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Semelhante a coleta de dados, a análise foi realizada respeitando as individualidades que perpassam a pesquisa de campo e a análise documental.

3.6.1 Pesquisa de campo

A percepção dos estagiários da graduação em enfermagem em relação à recontextualização profissional dos conhecimentos sobre humanização da assistência em saúde foi analisada sob três vertentes: saber, autonomia e reflexividade.

Embora o estudo tenha concordado com as idéias de Tardif (2002) de compreender que o saber é oriundo da cognição e tem diversas fontes, este trabalho científico focalizou a percepção do saber sobre o exercício da humanização manifestado pelos estudantes, construído através da fonte acadêmica. Foi considerado como a apreensão dos conteúdos sobre humanização.

Ao considerar que o processo de cuidar corresponde à essência do trabalho em enfermagem, os autores Bueno e Queiroz (2006) referiram a autonomia como a reflexão sobre o agir profissional. Correlacionando este conceito com as ações do enfermeiro, a relação da autonomia com a humanização passou a ser entendida como o saber-fazer sobre o cuidar humanizado. Foi considerada como a capacidade do estudante de agir com certa independência e de acordo com seus conceitos, embora mantendo a supervisão do preceptor.

Em relação à reflexividade, segundo Chireli e Michima (2006), os estudantes devem conviver com os problemas do cotidiano do trabalho sempre questionando o papel do enfermeiro, refletindo sobre suas ações, visando uma fundamentação para sustentar sua prática, caracterizada pelo o saber-ser. Considerou a capacidade do sujeito de refletir sobre a aplicabilidade e adequação prática de determinado aprendizado curricular.

As respostas das entrevistas foram transcritas seguindo a ordem de realização das mesmas. Cada pergunta foi agrupada e codificada de acordo com a vertente onde estava inserida.

3.6.2 Pesquisa documental

O currículo 2008.1 do curso de enfermagem da Universidade Federal da Bahia foi analisado com o intuito de complementar as percepções sobre reconstrução do saber sobre humanização obtida a partir das entrevistas individuais. A análise foi pensada como uma forma indireta de perceber as intenções dos mentores do curso em relação à proposta de formação colocadas aos estudantes.

Em concordância com Macedo (2004), o currículo é representado como uma grande potência para a construção formativa, fato este que conferiu à análise documental proposta um grande alicerce para perceber as intenções formativas dos mentores do referido curso. Contudo, frente à magnitude expressiva que pode ser evidenciada pelo estudo do currículo, esta pesquisa não teve a pretensão de exaurir as possibilidades avaliativas sobre o currículo, mas sim, de despertar para possíveis intenções formativas sobre humanização da assistência do enfermeiro.

O currículo foi avaliado a partir dos objetivos e conteúdo programático dos programas de disciplinas, entendidos neste estudo como variáveis. Nestas, foram procuradas expressões que fizessem inferências à humanização da assistência através das categorias de análise pré-estabelecidas. Estes termos ou expressões identificados foram conceituados como descritores para humanização.

Para definição das categorias de análise foram aceitos toda construção do conhecimento que contribuíssem diretamente para uma assistência de enfermagem humanizada. Segundo a *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS* (www.saude.gov.br-humanizasus, de 1º de fevereiro de 2011), a humanização na assistência em saúde é caracterizada, entre outras, pela valorização dos diversos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, seja o paciente, seja o profissional assistencial ou gestor dos serviços de saúde. Esta política tem como foco a satisfação das necessidades destes sujeitos, assim como, das condições de trabalho. Em concordância com este pensamento se considerou prudente tentar transpor as características desta política, ora tão discutida e falada, para a realidade das intenções de um curso universitário em saúde. A partir deste contexto, surgiram as categorias de análise para este estudo, definidas a saber: a preocupação com o paciente, percepção das necessidades do profissional e percepção dos recursos ou das chamadas estruturas disponíveis.

A categoria de análise classificada como “preocupação com o paciente” foi entendida pelo pressuposto de identificar toda e qualquer expressão do documento que sugerisse desenvolvimento de habilidades para assistir o paciente como ser humano que necessita de ajuda. Pela categoria de análise “percepção sobre o profissional” foi compreendida toda e qualquer expressão que suscitasse no estudante de enfermagem o desenvolvimento de habilidades para a identificação das necessidades dos profissionais de saúde na condição de um ser humano que assiste ao outro de forma humanizada. Por “percepção sobre as estruturas disponíveis para a assistência” compreendeu-se toda e qualquer expressão contidas nos programas de disciplinas que suscitasse no estudante de enfermagem uma preocupação com o desenvolvimento de habilidade para perceber a ambiência, recursos físicos e materiais para uma assistência humanizada.

Neste sentido, cada programa de disciplina do curso superior em enfermagem da UFBA foi analisado de acordo com as variáveis determinadas (objetivos e conteúdos), quanto à presença de descritores que pudessem ser identificados nas categorias de análise (preocupação com o paciente, percepção sobre o profissional e percepção dos recursos disponíveis).

O grau de humanização foi percebido a partir da análise individual dos objetivos e conteúdos programáticos dos Programas de Disciplina do curso ao buscar a presença de descritores para humanização em cada categoria. Isto viabilizou a classificação dos Programas de Disciplina como: “Afirmativamente humanizador”, “Parcialmente humanizador”, “Pouco humanizador” ou “Não humanizador”. A classificação quanto ao grau de humanização de cada disciplina foi possível ao compreender quais eram os pré-requisitos que as definiam. Por “Afirmativamente humanizadora” compreendeu-se a classificação resultante da presença de descritores nas três categorias de análises. Por “Parcialmente humanizadora”, o fato de identificar descritores em duas categorias. A classificação “Pouco humanizadora” foi atribuída para todas as disciplinas que possuíam indicadores em apenas uma categoria de análise. Por “Não humanizadora” foi considerada a disciplina que não possuía descritores nas categorias.

Exemplificando as condições explicitadas, ao considerar a variável “objetivos” de uma disciplina, a presença de indicadores nas três categorias de análise (preocupação com o paciente, percepção sobre o profissional e percepção sobre as estruturas), possibilitou a classificação em relação a variável objetivos desta disciplina como “Afirmativamente humanizadora”.

Os descritores que sugeriram uma assistência humanizada em cada variável foram identificados a partir da semelhança semântica do conteúdo das palavras ou expressões do currículo. Este tipo de classificação das variáveis foi utilizado para todos os programas de disciplina analisados. Ver Apêndice B sobre coleta de dados para análise documental.

Visando ampliar os horizontes em relação à proposta de formação acadêmica que acomete os sujeitos deste estudo, o Projeto Político Pedagógico da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia foi correlacionado às *Diretrizes curriculares nacionais...* (BRASIL, 2001) com o desejo de suscitar uma discussão sobre alguns aspectos e consonâncias, tentando identificar inferências sobre a temática analisada.

O capítulo a seguir irá apresentar e discutir os resultados alcançados com esta pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados da pesquisa de campo e da pesquisa documental conforme explicitado no capítulo 3, intitulado Passos Metodológicos.

4.1 PESQUISA DE CAMPO

Na pesquisa de campo as entrevistas foram realizadas segundo o *Roteiro de entrevistas* (APÊNDICE A), que foi construído sob quatro vertentes: Aspectos gerais, Saber, Autonomia e Reflexividade para humanização da assistência quais serão apresentadas a seguir:

4.1.1 Aspectos gerais: percebendo os sujeitos

A vertente *Aspectos gerais* permitiu conhecer o perfil dos sujeitos deste estudo, escolhidos por uma amostra intencional e não probabilística, conforme explicado no capítulo 3 que versou sobre os passos metodológicos.

Em relação ao gênero, 80 % dos sujeitos deste estudo eram mulheres. Esta estatística ilustra a realidade nacional e uma tendência mundial da profissão, explicitada também em um estudo realizado por Ojeda e outros autores (2008). Segundo estes autores, a prevalência feminina na enfermagem brasileira é uma realidade nos cenários acadêmicos e de trabalho, perpetuada ao longo da história da profissão. Evidencia-se que papéis femininos e masculinos, historicamente representados na sociedade, são envoltos por saberes próprios de gênero, presentes nas diferentes profissões.

O aumento da expressividade feminina nos cursos de graduação e pós-graduação demonstra a ampliação da inserção feminina na educação superior obtida através das lutas de poderes que marcaram a trajetória da mulher na sociedade. Neste contexto, o curso de enfermagem é classificado no Brasil como um dos dez cursos com maiores percentuais de matrículas do sexo feminino. Confrontando estes dados e frente à construção social da enfermagem, nota-se que a profissão do enfermeiro compreende diversos outros saberes como a economia e a política que são considerados não específicos do gênero feminino. Associado a

esta percepção, a presença dos discursos igualitários sobre a questão de gênero nas profissões suscitam uma busca de rupturas sociais que perpassem discussões sobre a identidade profissional e a inclusão do gênero masculino em profissões ditas femininas e vice-versa.

Uma outra característica observada nos sujeitos deste estudo foi à faixa etária destes estudantes que variou entre 20 até 30 anos, conforme demonstrada no Gráfico 1:

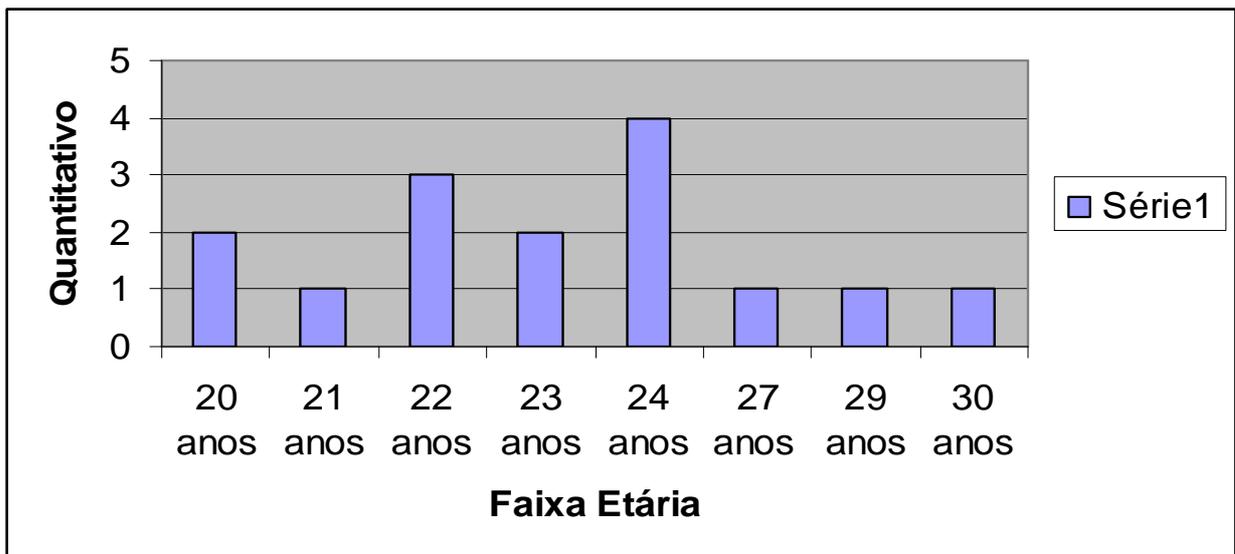


Gráfico 1: Faixa etária dos sujeitos do estudo
Fonte: Entrevista

Este resultado corrobora com os estudos realizados por Lucena e outros (2006) que discorreu sobre o ingresso ao universo do saber por pessoas que, embora muito jovens, têm que escolher a sua profissão, levando consigo as características pertinentes da idade durante seu processo de formação. Este fato pode justificar algumas atitudes e percepções dos sujeitos evidenciadas nas respostas apresentadas a seguir.

Ao serem questionados sobre a profissão, 93% se consideraram como puramente estudantes e apenas 7% afirmaram desempenhar também um ofício laborativo.

Em concordância com o critério de seleção para os sujeitos, pré-estabelecido na metodologia, os estudantes estavam cursando o 6º semestre da Faculdade de Enfermagem. A pesquisa foi realizada ao estarem em campo de estágio com a disciplina *Estágio curricular em clínica cirúrgica II* (emergência). Na entrevista foi unânime a inserção destes estudantes no estágio curricular no turno matutino e, em paralelo, o curso das disciplinas *Enfermagem em atenção à saúde da mulher* e *Enfermagem na atenção a saúde da criança e do adolescente*. Apenas 6% dos participantes, por estarem atrasados na proposta curricular, cursavam *Psicologia I* associada às demais já mencionadas.

Com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre os sujeitos inseridos nesta pesquisa e as concepções a eles atribuídas sobre a temática, ao final de cada entrevista os participantes foram estimulados a exporem seus pensamentos em relação à reconstrução do saber sobre humanização da assistência de enfermagem. As respostas apontaram indícios de que o momento vivenciado na entrevista trouxe uma reflexão sobre a práxis do cotidiano do trabalho de enfermeiro conforme representado na fala: “A entrevista me fez relembrar alguns momentos da minha assistência, refletir sobre atitudes que eu possa vir a melhorar [...] foi muito bom!” (Entrevistado 15). Outro fato observado nas falas foi a necessidade dos estudantes de serem inseridos ativamente nas discussões que envolvessem o processo ensino-aprendizado: “[...] acho que é o momento de colocar para fora o pensamento. [...] se discute muito, mas somos objetos de discussão. A visão do aluno não é muito levada em conta, Não se costuma perguntar ao aluno” (Entrevistado 2); “Que muitos professores tenham acesso ao seu trabalho para mudarem as coisas [...] adorei responder estas perguntas. Pude falar dos meus sentimentos sem os olhares maldosos que expressam o ‘vou te pegar depois’. Quando tem alguém mexendo com este assunto a gente pensa na ‘contaminação’ positiva da proposta” (Entrevistado 7) Por fim, este momento representou a reflexão sobre a concepção de prática e teoria: “o discurso da universidade que tem que humanizar não acontece na prática. Discute-se o currículo, contudo, na prática termina só transpondo disciplina”. (Entrevistado 2)

A necessidade que o estudante tem em ser participativo e sua importância para o sucesso do processo ensino-aprendizado corrobora com as idéias que inspiram um novo modelo de ensino, rompendo com as características obsoletas. Concepções freirianas defendem que ensinar exige respeito aos saberes e percepções sobre os educandos, quais, devem deixar de ser percebidos como alunos, no sentido etiológico da palavra, para se transformarem em sujeitos da educação juntamente com seus educadores. O saber popular não deve ser desprezado em detrimento da supremacia acadêmica. Por isso, passa a ser admitido e estimulado discussões entre estes sujeitos para a construção da programação educativa. Nesta perspectiva, passam a ser salutar a participação e contribuição discente na definição dos conteúdos programáticos, assim como, outras circunstâncias que interferem diretamente no aprendizado. (FREIRE, 2009)

4.1.2 Tecendo a teia do Saber

Ao iniciar o estudo sobre a percepção dos estudantes em relação ao processo de aprendizado, optou-se por fazer uma comparação da construção do saber com o tempo dedicado para o estudo. O objetivo foi identificar possíveis influências na relação tempo e aprendizado.

No tocante da quantidade de dias por semana dedicados ao estudo, 80% dos universitários estudam entre 04 até 06 dias semanais e 20% estudam 3 dias por semana. Do quantitativo de horas por dia dedicadas ao estudo foram constatados que 60% dedicam tempo superior a 2 horas por dia e 40% dedicam de 1 até 2 horas. Dos respondentes, 13,3% acrescentaram em suas falas que se dedicam de 1 até 2 horas durante a semana e superior a 2 horas no final de semana. Por estes dados supõe-se que os estudantes reservam boa parte dos dias da semana para o estudo, sendo que, a maioria se dedica mais que 2 horas por dia e os demais estudam de 1 a 2 horas por dia.

Embora fizessem inferência a uma quantidade de tempo razoável de dedicação aos estudos, 85,7% dos entrevistados afirmaram que o tempo de estudo não era suficiente por diversas causas. Estes resultados parecem afirmar a relação entre a necessidade em ter que dividir o tempo com multi-tarefas que expressam uma sintonia das repostas intrínsecas dos sujeitos à sociedade do conhecimento. Há uma busca incessante e inacabada por saberes líquidos, contudo, neste mesmo jogo de forças há a necessidade de se manterem vivos em um mundo competitivo, de interações sociais, econômicas, políticas e culturais. (BAUMAN, 2005; FARTES, 2008; FREIRE, 2009; SILVA, 2009)

Entre as causas da falta de tempo para o estudo, estavam a grande quantidade de informações e condições insuficientes para este aprendizado, conforme as citações: “Meu tempo de estudo não é suficiente. Eu queria estudar mais. Se tivesse mais tempo, seria melhor. Só que, às vezes, fica difícil devido aos outros fatores” (Entrevistado 1); “Não acho suficiente, pois, são muitas coisas que perpassam o estudo. Temos outras atividades. Como enfermeiro, o leque do que você tem que saber é muito grande, é muito ampla, muita coisa que tem pra estudar. Acredito que 6 horas de estudo por dia seria ideal” (Entrevistado 2); “Você sente a carência no momento da prática, fica à mercê de informações de outros profissionais [...] da professora [...]. Acho que o ideal é estudar todos os dias, 01 hora” (Entrevistado 4); “Poderia estudar mais, mas, tenho outras atividades na faculdade e também trabalho” (Entrevistado 5); “Os professores não dão tempo para lermos todo material disponibilizado e as leituras complementares. Nas férias a gente faz, mas, já saiu do foco. Faço muitas coisas além da

faculdade. Acredito que seja suficiente um turno de 4 a 5 horas de estudo por dia. Contudo, o turno inteiro para estudar é impossível” (Entrevistado 7).

Parafrazeando com esta última fala, ressalto a preocupação de Paulo Freire (2009) em ser contrário às influências de uma “Pedagogia Bancária” onde os saberes parecem ser transferidos e os professores desempenham papel de depositar conhecimento para os considerados alunos. Abre espaço para revisão dos métodos pedagógicos utilizados.

Outras falas dos sujeitos justificaram a questão do pouco tempo para o estudo devido condições inadequadas para estudar: “Todo semestre eu tenho sensação que poderia ter estudado mais. Por ter outras atividades ‘atividade de extensão e pesquisa’ meu dia deveria ter mais horas. Acredito que 4 horas por dia seriam suficientes” (Entrevistado 9); “Enfermagem é generalista, então você tem que aprofundar e estudar, ao menos, 4 horas por dia” (Entrevistado 10); “A demanda é bem maior do que o tempo disponível para a aprendizagem. Acredito que sejam suficientes umas 5 horas. Estas horas para o estudo deveriam ser fracionadas e não contínuas” (Entrevistado 14).

Em síntese, embora a maioria dos entrevistados acreditasse que o tempo não fosse suficiente, não fizeram nenhuma menção para a possibilidade de aumentar o tempo para estudo. Além disso, surgiram outros espaços para aprendizado além da leitura ou estudo individual.

Ao serem questionados sobre o principal motivo que atribuíam à falta de tempo para estudar, o percentual das respostas foi evidenciado no Gráfico 2 abaixo:

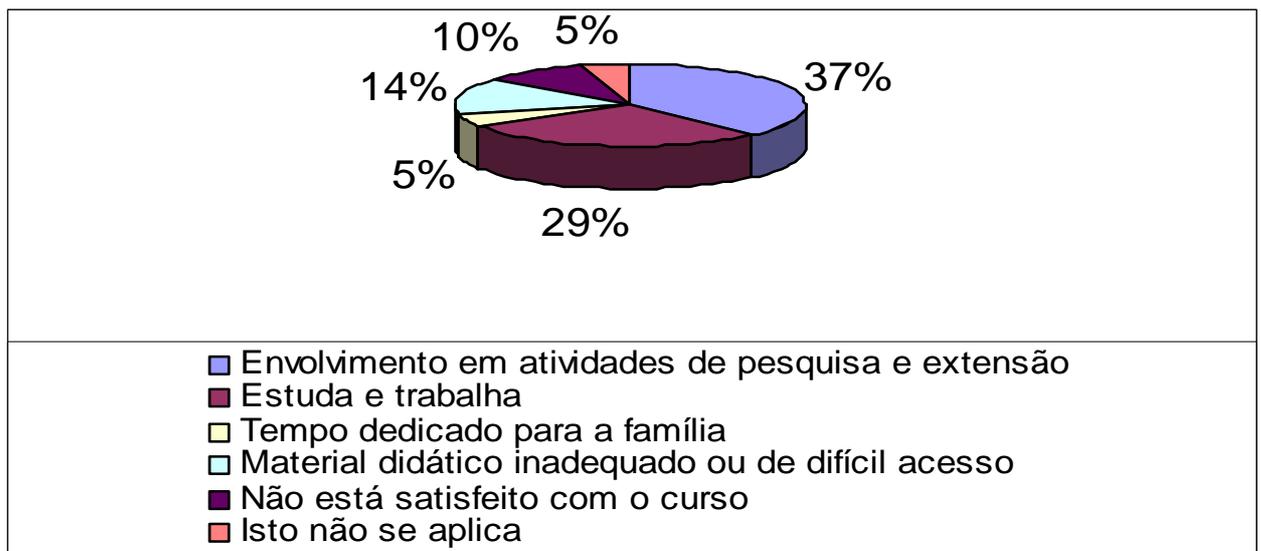


Gráfico 2: Principais motivos que levam a falta de tempo para o estudo
Fonte: Entrevista

Um exemplo de fala de um estudante que declarou tempo reduzido para o estudo por se dedicar em outras atividades como pesquisa e extensão na faculdade: “Devido às atividades como extensão, pesquisa. A gente não pode se prender somente em uma área na graduação. Acredito que precisa de uma visão sobre educação, ou outras áreas” (Entrevistado 2).

Entre os sujeitos que estudavam e trabalhavam: “Trabalho e estudo. Trabalho informalmente como uma espécie de secretária de uma pessoa e faço estágio em pesquisa” (Entrevistado 12); “Estudo e trabalho. No estágio extra-curricular eu recebo um salário e uma história de aprendizado” (Entrevistado 11). Os que alegaram dividir o tempo de estudo com a dedicação à família: “[...] tempo dedicado à família e ao social. Embora considere o tempo suficiente, acredito que poderia ser mais” (Entrevistado 13).

Os estudantes que justificaram pouco tempo de dedicação por não terem acesso ao material didático: “[...] a biblioteca da faculdade está carente de livros para enriquecer o estudo [...]” (Entrevistado 14). Este mesmo estudante continuou a sua resposta acrescentando a insatisfação com o curso, assim como, a participação em novos projetos de trabalho como motivos para falta de tempo para estudar: “Algumas matérias eu não estou satisfeita pela forma que acontece a aula, as orientações, o material que a gente tem que buscar [...] além de outras atividades que desempenhamos. Participo de um Comitê de combate à tuberculose. Agora estou com um projeto de incluir um terreiro de candomblé nos principais problemas de saúde”, “Atividades do PET voluntária do Permanecer (Programa de extensão proporcionado pela faculdade). De início, não estava satisfeita com o curso. Comecei a gostar mais do curso a partir do quinto semestre, antes, eu enrolava. No quinto semestre eu comecei a visualizar mais a enfermagem, até então, eu não conseguia ver” (Entrevistado 15).

Outros justificaram a falta de tempo por considerarem que a faculdade exige demais, os pensamentos foram exemplificados na fala a seguir: “Faço muitas atividades. Dou conta, mas, falta sempre um pouquinho. A faculdade exige que a gente faça muitas coisas para seguir na carreira acadêmica como a participação em congressos, pesquisa, extensão. Embora exija, a faculdade não dá tempo para isto e o professor não é compreensivo com este tempo” (Entrevistado 7).

Entre os 14,2% que responderam que o tempo de estudo era suficiente, justificaram que a enfermagem não era tão complexa ao ser comparada com outros cursos. Mesmo dispondo de um tempo menor para estudo, conseguia aprender: “Pra enfermagem acredito que sim. Tento me organizar, não deixo acumular” (Entrevistado 6). Esta resposta configura um conhecimento equivocado e não comprometido com a função de ser enfermeiro baseado tanto nas alíneas que compõe as *Diretrizes curriculares nacionais...* (BRASIL, 2001), quanto na

análise sociológica sobre a profissão do enfermeiro realizada por Abreu (2003). Segundo este autor, o ofício de ser enfermeiro é complexo, quer pelas multi-fáceis do setor hospitalar, quer à nível das representações sociais interligadas, ou pelo jogo de poder dos diversos atores envolvidos na assistência em saúde.

Outro exemplo de fala considerou que embora não estivesse dedicando seu tempo para o aprendizado com leituras individuais, estaria aprendendo. Pontuou outros espaços para a construção do saber como o estágio extra-curricular: “Acredito que em várias práticas a gente está aprendendo [...] faço estágio extra-curricular e eu considero como estudo, pois, eu aprendo” (Entrevistado 13). Traz uma analogia ao que Fagundes e Burnham (2005) conceituaram como diferentes espaços para aprendizado ao conceberem que a educação não ocorre somente na escola e que os diferentes espaços permitem a construção de um saber plural, conforme expresso por Tardiff (2002) no capítulo 2.

Algumas perguntas foram respondidas pelos estudantes de forma contraditória observada nas questões de número treze e quatorze do *Roteiro entrevistas* (ANEXO A). Em uma foi abordado se os entrevistados consideravam o tempo de estudo suficiente, em outra questão, procurou-se compreender o que eles atribuíam à falta de tempo para o estudo. Entre os que afirmaram ter tempo suficiente para o estudo (na questão de número treze), ao serem questionados sobre principal motivo para o tempo insuficiente (na questão de número quatorze), a resposta foi contraditória à questão anterior. Este fato pode facilmente ser exemplificado com as respostas do Entrevistado 13 que, na primeira questão respondeu: “Considero o tempo de estudo suficiente. Acredito que em várias práticas a gente está aprendendo [...] faço estágio extra-curricular e eu considero como estudo”. Contudo, na segunda questão em análise afirmou que o tempo para estudo não era suficiente: “Estudo e trabalho além de outras atividades como tempo para família, social. Embora considere o tempo suficiente, eu acredito que pode ser mais”.

Para ampliar a compreensão sobre grau de satisfação em relação ao tempo dedicado ao estudo, os estudantes foram questionados se conseguiam aprender com o tempo de estudo disponibilizado, conforme Gráfico 3 a seguir:

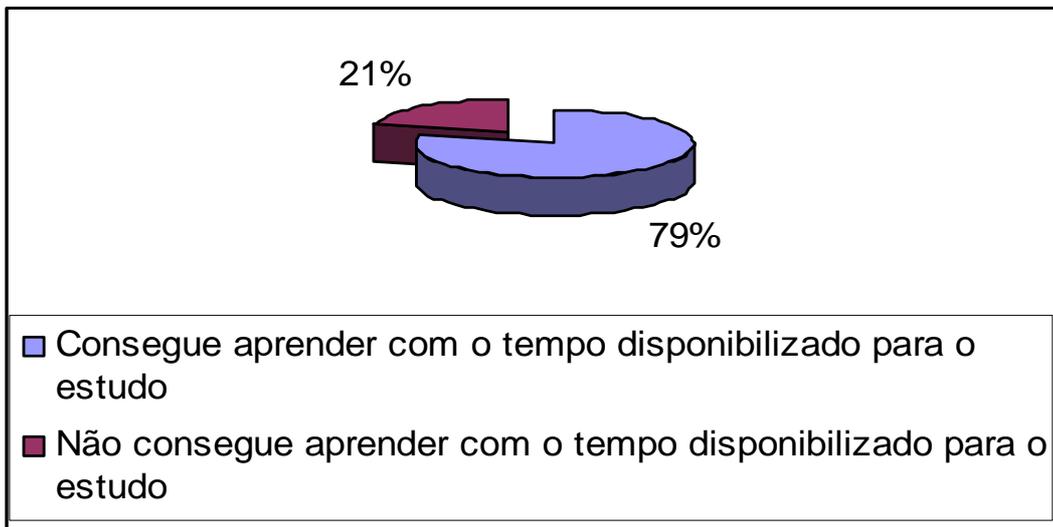


Gráfico 3: Relação aprendizado e tempo disponível para o estudo
Fonte: Entrevista

A maioria das respostas foi convergente para o fato de conseguirem aproveitar o tempo disponível e aprender. Alguns estudantes demonstraram a necessidade de ter que administrar o pouco tempo: “É um tempo que eu tenho que administrar, talvez eu consiga aprender pela questão da pressão de ter que estudar neste curto período” (Entrevistado 5).

Outros utilizaram a estratégia de trabalhar as deficiências: “Aprendo, pois, focalizo nas deficiências” (Entrevistado 8). Um estudante aprofundou esta análise com uma afirmação que converge para uma ampliação dos horizontes para o aprendizado, possibilitando uma construção do saber mais efetiva, conforme identificado na fala: “Quando eu estudo, eu não me dedico só à disciplina. Estudo outras coisas que não foram dadas, mas, que eu busco por achar necessário” (Entrevistado 2).

Na perspectiva de conseguir aprender mesmo com o tempo insuficiente, um entrevistado afirmou utilizar espaços inadequados para o estudo: “Aprendo. Eu aproveito o tempo que eu tenho. Tô no ônibus pego algo para ler [...] na verdade, é muito relativo, tem dia que eu fico mais tempo estudando, outros menos [...]” (Entrevistado 9).

Foram encontradas nas falas afirmações que indicam que se caso este tempo fosse aumentado, seria prejudicial para o processo de aprendizado, tal como: “Sim. Considero suficiente por acreditar que, dentro da proposta da faculdade, eu tenho bons resultados. Consigo aprender”, “Se eu estudar mais que 01 hora por dia eu não vou aprender devido ao cansaço” (Entrevistado 11).

Por fim, entre os que afirmaram conseguir aprender, alguns ressaltaram que poderiam aprender mais: “Aprendo o que eu estudo, mas, sinto que tem coisas que eu preciso aprender, sempre falta alguma coisa para estudar” (Entrevistado 4); “É claro que mais tempo é melhor, mas, acho que está dando para aprender” (Entrevistado 6). Estas afirmações proferidas nos

dois últimos parágrafos remetem à idéia do saber como algo inacabado, fruto da característica humana e pela concepção de que a vida do homem é inserida nas exigências do mundo, por isso, torna-os inacabados. Fato evidenciado na necessidade de querer e poder fazer sempre mais. Outra perspectiva retomada através das falas, foi a necessidade do estudante de se condicionar para agir diante do mundo. (FREIRE, 2009)

A partir da análise sobre a construção do saber, uma fala foi marcada pela visão do estudante em atrelar seu processo de aprendizado somente aos resultados de avaliações por critério de nota, utilizado na Universidade, tal como na fala: “Considero o tempo de estudo suficiente por acreditar que dentro da proposta da faculdade eu tenho bons resultados, consigo aprender” (Entrevistado 13). Esta situação contraria as concepções sobre as relações com o saber descritas no capítulo 2 por Charlot (2005).

Os que acreditaram não ser possível aprender, justificaram suas respostas da seguinte forma: “A gente sempre tem o que aprender mais e mais. Não vou dizer que eu não sei nada, eu estou aprendendo, mas, acho que a gente tem sempre o que aprender mais. Acaba que a gente estuda só por um livro, gostaria de pegar vários livros para ver a visão de vários autores” (Entrevistado 1); “Consigo aprender, mas, não todo o conhecimento que deveria. Muitas vezes, ao chegar em casa, não dá pra ler tudo que deveria” (Entrevistado 3); “[...] muitas vezes a gente fica apertado em besteira, justamente, por não dá tempo de esmiuçar o conteúdo” (Entrevistado 7).

Considerando que professor e aluno são considerados sujeitos do processo de educação, esta relação deve fluir de forma horizontal, onde, o interesse de um seja respeitado pelo outro e não mais a velha visão vertical de que somente o professor determinava o que lhe fosse conveniente. (FREIRE, 2009) Por este aspecto, procurou-se identificar neste estudo quais os assuntos que os estudantes despertavam maiores interesses para o aprendizado no hospital.

A construção do saber foi analisada ao questionar o que os estudantes teriam mais ansiedade para vivenciarem no estágio, conforme Gráfico 4:

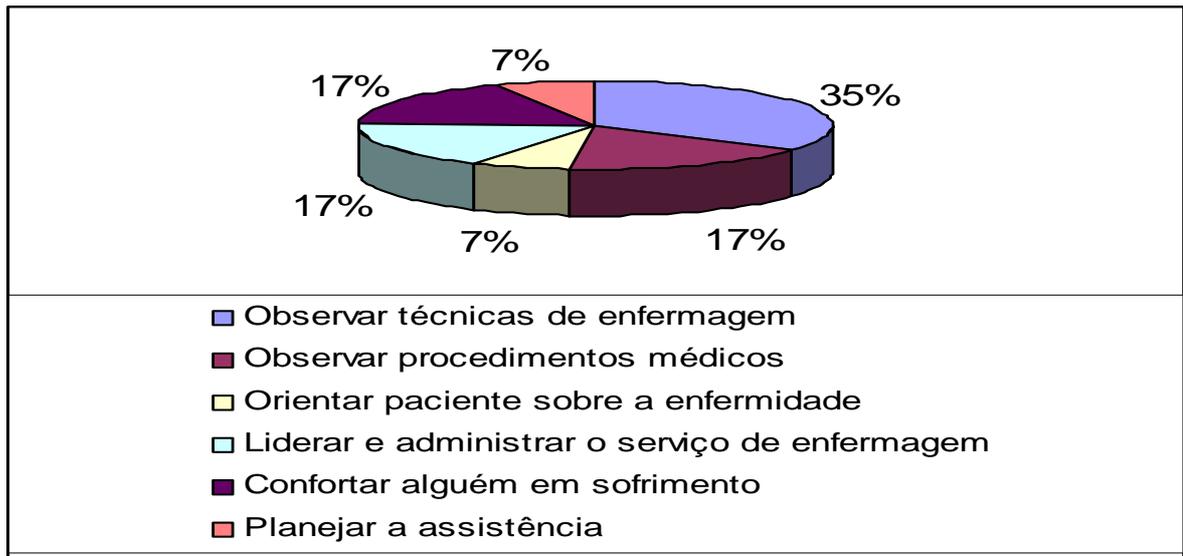


Gráfico 4: Ansiedades para aprender no estágio
Fonte: Entrevista

A maioria dos entrevistados afirmou ter ansiedade para vivenciar as técnicas ou procedimentos de enfermagem: “Acho que você tem que dominar o procedimento e este é o momento, pois, o científico pode ter outro momento [...]” (Entrevistado 2); “Uma Parada Cardiorrespiratória (PCR), pois, a gente ver tudo na teoria em sala, a gente fica ansiosa para o momento que vamos vivenciar isto. Ansiedade ou medo talvez” (Entrevistado 3); “Tenho medo que o paciente morra e eu não possa fazer nada, fico apreensiva nas urgências e pelo fato de está na condição de estudante e não saber fazer. Tenho ansiedade em aprender os procedimentos, as técnicas” (Entrevistado 4); “O que eu tinha era o parto, pois você via uma vida nascendo. Agora seria uma PCR” (Entrevistado 11); “Minha carência maior é pegar o serviço, aprender os materiais [...], pois, a gente vê na teoria, na prática, é diferente, pegar a rotina, o dia a dia [...]”, “[...] a gente conhece muito pouco. Quando vai para a prática é uma quantidade muito grande de coisas que tem que saber fazer. Somos cobrados como se já soubéssemos” (Entrevistado 14).

Uma fala ressaltou os olhares para esta pergunta por retratar uma inferência à autonomia dos estudantes ao vivenciarem o aprendizado em campo prático: “Tenho ansiedade pelo fazer dos enfermeiros. Contudo, observo que quem faz mesmo são os profissionais que estão lá ou os médicos [...]” (Entrevistado 5). Outra, pela opção metodológica dos estudantes em praticarem a técnica em detrimento de puramente observarem, observado na fala: “[...] por mais que tenhamos feito, não é muito. Por exemplo: passei pelo estágio de enfermagem em atenção à saúde da mulher e não tive a oportunidade de fazer o preventivo. A gente aprende vendo, mas, fazendo é diferente!!! [...]” (Entrevistado 1). Corrobora com os pensamentos de Canário (2003) sobre a importância de formar na ação.

A ansiedade em puder confortar alguém que esteja em sofrimento apareceu nas respostas da seguinte forma: “[...] por ser uma situação complicada, a reação de está confortando é imprevisível”, “Algo novo que eu vá fazer pela primeira vez. A morte me inquieta. Acho que ainda não tenho o preparo para lidar. Fico muito pensativa, principalmente, se for um estágio que eu tenha prestado assistência aquele indivíduo durante um período e ele for a óbito. Outra coisa é em relação à unidade de emergência, os pacientes ficam aí, no outro dia quando a gente chega, eles não estão mais e a gente fica sem saber o que aconteceu [...]” (Entrevistado 6); “Antes de ir para o estágio a gente não dá valor. Só quando vivencia, a gente sente. Depois é que a gente percebe a importância do conversar, confortar” (Entrevistado 9); “Lidar com a história de vida, se envolver com os relatos dos pacientes. Confortar alguém que esteja em sofrimento, não deixar seus sentimentos ou experiências influenciarem no conforto ao paciente” (Entrevistado 10).

A ansiedade em liderar e administrar os serviços de enfermagem foi evidenciada nos relatos da seguinte forma: “Liderar me dá ansiedade. Você liderar uma equipe, a questão das relações. A profissão de enfermagem é muito sem união, vou fazer de tudo para que seja uma convivência muito boa, mas, existem pessoas e pessoas” (Entrevistado 1); “Liderar uma equipe de técnicos, integrar com médicos, nutricionista e outros profissionais não é uma coisa muito fácil. Eu vejo nos hospitais uma carência em relação à liderança, as coisas não são resolvidas, falta materiais devido a isto” (Entrevistado 14).

Os desejos dos estudantes em vivenciarem situações no ambiente do trabalho que permitam explicar ao paciente e família os processos que envolvem a doença e serem responsáveis por planejar a assistência foram classificados com proporções iguais, em um percentual de 7% das respostas para cada opção. Em relação à interação com o paciente e família para explicação sobre o contexto da doença, transpareceram idéias semelhantes à observada na fala: “A relação com o paciente, pois, cada dia é um paciente diferente. Tudo novo. Gosto de trabalhar o emocional. Se você explica o que você vai fazer e o motivo, fica mais fácil. Já passei por situações de sofrimento e sei como é importante uma pessoa do lado. Faço opção por explicar ao paciente e família os mecanismos de causa da doença” (Entrevistado 8). Em relação à ansiedade para planejar a assistência: “A atuação completa das enfermeiras. Acredito que só no final do semestre. Por enquanto, a gente vê de forma fragmentada nos estágios. Ser responsável por planejar a assistência. A gente fica vinculada ao professor orientador, se você já tivesse alguma autonomia para planejar, a gente faz conforme orientação” (Entrevistado 12).

Segundo Bermejo (2008), ações que envolvam a competência profissional seja pela habilidade técnica, capacidade de compreender a clínica ou atividades de gerenciamento e organização do serviço, melhoram a qualidade da assistência em saúde, permitindo uma redução ou acolhimento ao sofrimento humano. Ao analisar as falas dos estudantes sobre o que mais teriam ansiedade em aprender, observa-se que o conhecimento teórico não significa competência profissional. A competência significa a capacidade que os sujeitos têm para aplicar a teoria no contexto de trabalho. Para isso, necessitam de conhecimentos que fogem à racionalidade técnica e que engloba a percepção da subjetividade (CANÁRIO, 2003), adquirida nas múltiplas relações no ambiente hospitalar.

Alguns sujeitos manifestaram ansiedade para observarem procedimentos de outra categoria profissional, principalmente, a dos médicos, conforme relato: “Tinha ansiedade para vivenciar o momento de uma cirurgia, mas, eu já tive oportunidade de ver. Achava que eu não ia conseguir ver um processo cirúrgico, então, ficava muito curiosa para saber minha reação, como eu iria me comportar como profissional” (Entrevistado 15); “Muita curiosidade sobre cirurgias. Isto é o que eu quero. Quero estudar medicina para ser uma neuro-cirurgiã” (Entrevistado 6). Nesta colocação, observou-se em um estudante uma possível insatisfação pelo curso de enfermagem retratado pelo desejo de estudar medicina. Este fato pode ser justificado pela escolha prematura da profissão conforme estudo de Lucena e outros autores (2006) ou em consequência de uma formação sem comprometimento social (MATURANA, 1998) explicitados no capítulo 2.

De acordo com os relatos, foi possível estratificar as ansiedades dos estudantes para as vivências no estágio em uma ordem de prioridade, conforme iriam aparecendo nas falas. Neste aspecto, as prioridades refletidas pela análise geral das respostas dos sujeitos apontaram o aprendizado das técnicas de enfermagem como o mais desejado pelos estagiários. O segundo lugar foi dividido proporcionalmente entre observar procedimentos de outra classe profissional, confortar alguém em sofrimento e liderar os serviços de enfermagem. Por último, os estudantes colocaram como ansiedade aprendizados que viabilizassem orientar os pacientes e familiares sobre a enfermidade adquirida e fazer o planejamento da assistência do enfermeiro.

Embora a preferência pela técnica seja uma cultura filosófica de poder, no ambiente do trabalho nem tudo é passível à resolução somente com a apropriação da racionalidade técnica. Caso não sejam criadas estratégias efetivas para a reflexão na ação muitas das inquietações continuarão sem soluções. (SCHON, 2000)

A partir destes achados, foi considerado pertinente procurar conhecer quais os motivos que marcaram a construção dos conhecimentos durante o estágio acadêmico. Para isto, foi questionado qual ou quais os estágios mais marcantes. Entre as respostas analisadas, a relação com o saber dos estudantes nos estágios foi marcada por construções que suscitavam aspectos positivos e negativos. O sentido aplicado à expressão “estágios marcantes” teve como objetivo provocar respostas que consubstanciassem as idéias da relação do saber com a psicanálise, descrita na contextualização teórica por Charlot (2005).

A escolha da disciplina de estágio mais marcante foi expressa através do Gráfico 5 abaixo:

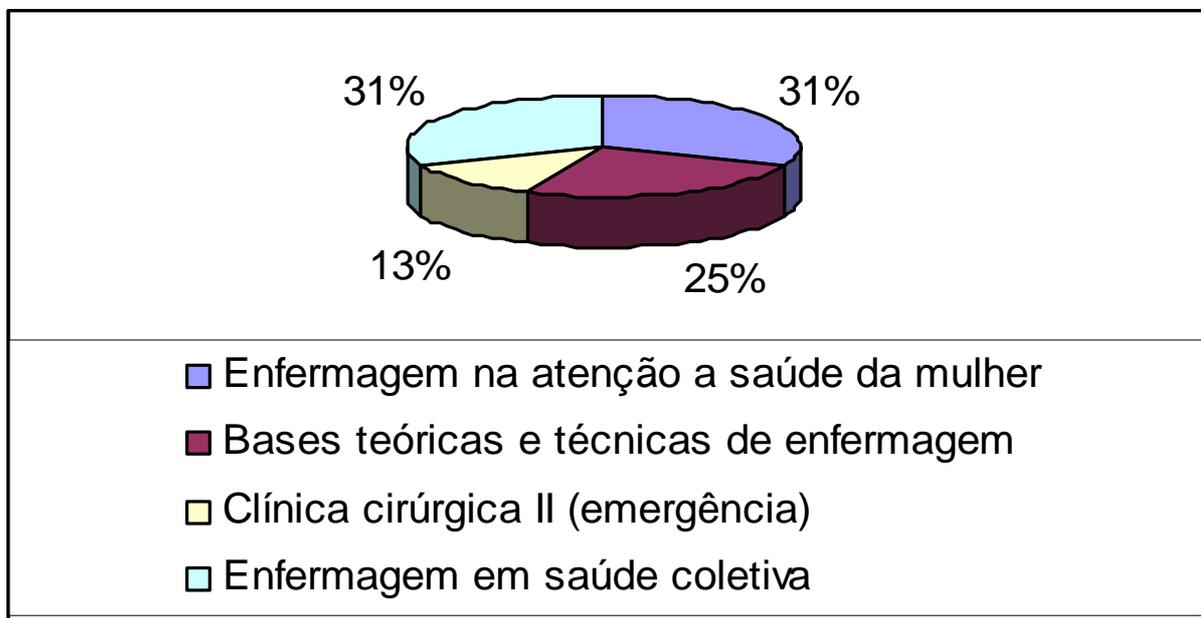


Gráfico 5: Estágio mais marcante
Fonte: Entrevista

Ao fazer esta análise, foi levado em consideração o fato de que ao cursarem o sexto semestre, os sujeitos ainda não passaram por algumas disciplinas específicas, tais como: enfermagem psiquiátrica e saúde mental, enfermagem em atenção à saúde da criança e do adolescente, administração e planejamento em serviço de saúde e enfermagem em bloco cirúrgico e central de material e esterilização.

As disciplinas *Enfermagem em atenção à saúde da mulher* e *Enfermagem em saúde coletiva* foram as mais marcantes, obtendo percentuais iguais. Em relação à disciplina *Enfermagem em assistência à saúde da mulher*, os estudantes citaram a emoção, precariedade, relação cuidador e gênero, por fim, grau de dificuldade para a construção do conhecimento como situações que marcaram seu processo de aprendizagem.

Muitos que consideraram o *Estágio de enfermagem na atenção à saúde da mulher* como mais marcante, assim o fizeram pela emoção do parto vista nas citações: “Pude ver um parto [...] foi emoção! [...] os cuidados aos recém-nascidos” (Entrevistado 1); “É um momento muito esperado fazer o parto. Para mim, foi o melhor momento” (Entrevistado 15). Os outros motivos para a escolha desta disciplina como a mais marcante foram evidenciados nas falas seguintes: “Eu gostei mais devido à precariedade do atendimento. É uma área que precisa muito do enfermeiro, a gente pode fazer muito por eles [...]” (Entrevistado 11); “Antes de começar, passavam para gente que era uma matéria muito difícil, que tinha que estudar muito. Quando chegou ao estágio a gente viu que é gostoso estudar. No meu caso, por ser homem, imaginava a dificuldade que muitas mulheres não iriam aceitar o cuidado realizado por profissional homem, contudo, eu não passei por nada disso” (Entrevistado 13); “Eu me identifico com os cuidados de enfermagem empregados, tem uma questão de higiene muito forte. A forma como é encarado a mulher, a gestação e como os profissionais da saúde pública tratam estes pacientes” (Entrevistado 14).

Sobre a disciplina *Enfermagem em saúde coletiva*, os critérios para considerá-la uma das mais marcantes foram definidos ao serem observados pensamentos como os expressos nas frases seguintes: “Devido à autonomia que o enfermeiro tem nesta área” (Entrevistado 5); “Devido à dinâmica, eu gosto de hospital, mas a dinâmica de um Programa de Saúde da Família (PSF) me agrada mais. Vai muito do professor também” (Entrevistado 6); “No PSF onde eu fiz visita as residências com os agentes comunitários de saúde (ACS), o principal problema de saúde não é a doença, são os pacientes que vivem as conseqüências das más condições de vida” (Entrevistado 12).

O segundo lugar foi atribuído à disciplina *Bases teóricas e técnicas de enfermagem*. Estes motivos foram divididos entre o fato de ser o primeiro estágio e por gostarem do professor. Seguem as citações: “Foi o primeiro contato com a prática, a gente vê a realidade do curso. Os outros não foram muito diferentes, terminam sendo uma continuação, reprodução de técnicas” (Entrevistado 2); “Tinha uma professora muito boa, o atendimento foi gratificante” (Entrevistado 8). Por outro lado, houveram também opiniões negativas percebidas na vivência da disciplina no que diz respeito à representação da autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar: “Eu desconhecia o ambiente hospitalar. Imaginava uma assistência que não fosse tão mecânica e onde o trabalho de enfermagem não ficasse relegado às prescrições médicas. “Autonomia, a gente luta por ela, mas, ainda não existe” (Entrevistado 12).

Quanto à escolha pela disciplina *Clínica cirúrgica II*, correspondente às ações do enfermeiro na unidade de emergência, o terceiro lugar teve como justificativas, entre outras, o fato de despertar para a dinâmica dentro de uma unidade de emergência, assim como, as dificuldades vivenciadas nesta unidade, em um hospital público. Os relatos pareciam soar como uma disciplina marcante por algum tipo de sofrimento sentido pelo estagiário, conforme relatos: “Me chamou mais atenção o fato de me incomodar esta agitação que é o estágio de emergência, os outros eram mais tranquilos, então, eu conseguia me adaptar com mais facilidade. Estou me adaptando agora, no final do estágio. No início me marcou” (Entrevistado 3); “Devido ao impacto de ir para um hospital público de grande porte e ver a realidade [...], corredor lotado, você quer dá uma assistência melhor e não pode pela quantidade de trabalho” (Entrevistado 4).

Uma outra relação com a construção do saber foi percebida ao questionar aos estudantes sobre o que mais contribuiu para a construção do aprendizado durante os estágios. A pergunta parte do pressuposto de que os saberes são personalizados e que a formação em ação é construída por diversas influências. (CANÁRIO, 2003; TARDIFF, 2002)

Uma das contribuições sinalizadas para a construção do saber foi à relação do professor com o estudante. Nesta, foram citados o conhecimento que o professor tem sobre a disciplina, a metodologia de trabalho, a relação inter-pessoal como fatores que influenciavam positivamente ou negativamente no desempenho do estudante. A depender da postura do professor, este pode motivar os estudantes ao questionamento e construção do saber, assim como, influenciar na tranquilidade ou nervosismo durante o desempenho da técnica.

A percepção do professor como mediador do aprendizado no trabalho foi referenciada através das citações: “O professor acaba estimulando a gente querer vir para o estágio. Os professores sabem, mas, às vezes, eles não conseguem passar o conteúdo, não se relacionam bem, ficam passeando [...] tem que está com o pensamento ali com a gente” (Entrevistado 1); “Na teoria temos um professor dividido para várias pessoas, no estágio o professor fica mais próximo e contribui melhor para o conhecimento devido a uma relação mais próxima (referência ao grupo de estágio com o quantitativo aproximado de 6 estudantes)” (Entrevistado 5); “Por que a gente vem com conhecimento teórico. Na hora de associar à prática, o professor é essencial” (Entrevistado 3); “Quando você tem uma boa relação com o professor ele te esclarece as dúvidas, fica do seu lado, te passa segurança. Quando ele te deixa à vontade para falar suas dificuldades, ele pode te dar um norte, te orientar melhor [...]”, “Deixar a gente à vontade para questionar, estimulando a procurar estudar [...] é bom quando o professor te estimula!” (Entrevistado 9). Pressupõem uma retomada ao processo ensino

aprendizado de forma horizontal descrita por Freire (2009) e a necessidade de pedagogias para problematização, suscitada por Schon (2000).

A contribuição da relação paciente e estagiário para a construção do saber foi percebida como uma forma de se compreender as individualidades e demandas de cada um. Colocar em prática o ofício de se tornar enfermeiro para a satisfação das necessidades de saúde de um ser humano considerado, apenas no popular, como paciente. Esta atribuição torna salutar a preocupação e tensão vivenciada pelo fato de ter que aprender utilizando a vida de alguém. (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006) Por outro lado, a visão do estagiário em considerar que a relação com o paciente pode contribuir com o aprendizado faz uma analogia ao que Paulo Freire (2009) conceituou na educação. Neste pensamento, assim como o professor pode aprender no ofício de ensinar através da sua relação com os aprendizes, o enfermeiro pode aprender no ofício de cuidar na relação com os enfermos.

Segundo o grupo de estudantes que afirmaram que a relação com o paciente contribui para o aprendizado: “A relação estagiário-paciente me faz buscar, independente do professor, o diagnóstico. Os cuidados com aquele paciente” (Entrevistado 1); “Por você ser estudante, o paciente tem a sensação de que está fazendo-o de cobaia” (Entrevistado 2); “Aprendo com o paciente. É horrível falar que o paciente é objeto do seu estudo! Você aprende com ele, cuidando dele!” (Entrevistado 4); “É importante, pois, cada um tem uma história diferente, uma patologia diferente e um contexto e aí a gente aprende bastante” (Entrevistado 9); “É pelas demandas dos pacientes que eu posso perceber quais as minhas qualidades e coisas que eu posso melhorar. Minha preocupação é com o bem estar do paciente”; “[...] a relação com o paciente é algo que não se encontra na faculdade. Se você vai prestar cuidados, estes não devem ser ditados por você. Você deve compreender o que o paciente necessita para você fazer” (Entrevistado 13); “Se o paciente não confiar em você, ele não vai contribuir para o seu trabalho. O estudante termina ficando nervoso [...]” (Entrevistado 8); “Na questão aprendizado para a vida, seria a relação com o paciente. Existem coisas que a gente nem imagina que fossem possíveis e o paciente traz para a gente, acaba refletindo sobre a vida” (Entrevistado 6).

Outra contribuição foi à relação com a equipe multiprofissional. Percebeu-se o pouco contato dos estudantes com os demais profissionais nos estágios, onde, o professor passa a ter uma relação direta com os estudantes e serve como intermediador entre estagiários e equipe multiprofissional, como exemplificado na fala: “Se você não é bem recebido na equipe, se a equipe não sabe da importância do estágio para o aprendizado [...]” (Entrevistado 2); “A

relação dos estagiários com a equipe multiprofissional não é tão forte. Às vezes a gente tem algum contato” (Entrevistado 9).

A estrutura hospitalar, equipamentos e materiais também foram apontados como um dos recursos que contribuem na construção do saber destes sujeitos: “A relação da estrutura física é importante, mas, não é tudo. Você pode ficar sem ter algo e descobrir, de alguma forma, como fazer o trabalho” (Entrevistado 10).

Outros fatores também foram citados como a relação teoria e prática, a saber: “No estágio a gente pode ver tudo que a gente viu na teoria. Contudo, a gente fixa mais” (Entrevistado 1); “As experiências, a prática mesmo. Você acaba associando com o que foi lido, o que foi visto. O estágio é fundamental, principalmente, em paralelo à teoria” (Entrevistado 7); “Tenho mais facilidade em aprender nas aulas práticas do que nas aulas teóricas”. Na teórica, o próprio ambiente (referência à faculdade que está passando por reformas na estrutura física), os professores [...]. Não há comunicação entre alunos e professores para chegarem a um método de ensino mais eficaz. Muitas vezes, são apresentações de *slides* e, nem sempre, o aluno considera esta apresentação como a melhor forma para aprender. “De repente, a utilização do quadro, a discussão em roda podem ser mecanismos que ajudam a gente a se prender mais na aula” (Entrevistado 13).

Ao retomar Tardiff (2002) com a idéia do saber personalizado, as identificações pessoais de cada estudante também foram tidas como fatores atenuantes no processo de aprendizado, o que possibilitou que tivessem melhores desempenhos em certas práticas ou campo de estágio quais possuíam maiores afinidades, conforme fala: “Gosto da área de saúde, acho que isto ajuda. Pelo fato de gostar mais do atendimento no posto, acho que isto me ajuda mais em relação ao hospital” (Entrevistado 6).

A importância de se ter um grupo de estágio cooperativo e uma boa supervisão também contemplaram as aspirações dos estudantes para um ensino que mais se aproximasse do ideal: “Uma boa supervisão. Não só do professor, mas, do próprio aluno saber ‘se policiar’ para estudar” (Entrevistado 10); “O grupo de estágio ser cooperativo, campo rico, professores comprometidos” (Entrevistado 10).

No intuito de perceber as necessidades dos estudantes em relação a outros espaços para a aprendizagem, identificou-se o estágio extra-curricular como uma estratégia para conhecer ainda mais a profissão. Esta provocação foi elaborada a partir da construção plural que envolve o saber e da importância em se atribuir espaços não acadêmicos ao mecanismo formador. (FAGUNDES; BURNHAM, 2005; TARDIF, 2002) Os sujeitos deste estudo foram

questionados se já fizeram estágios extra-curriculares e qual o significado deste tipo de aprendizado para eles.

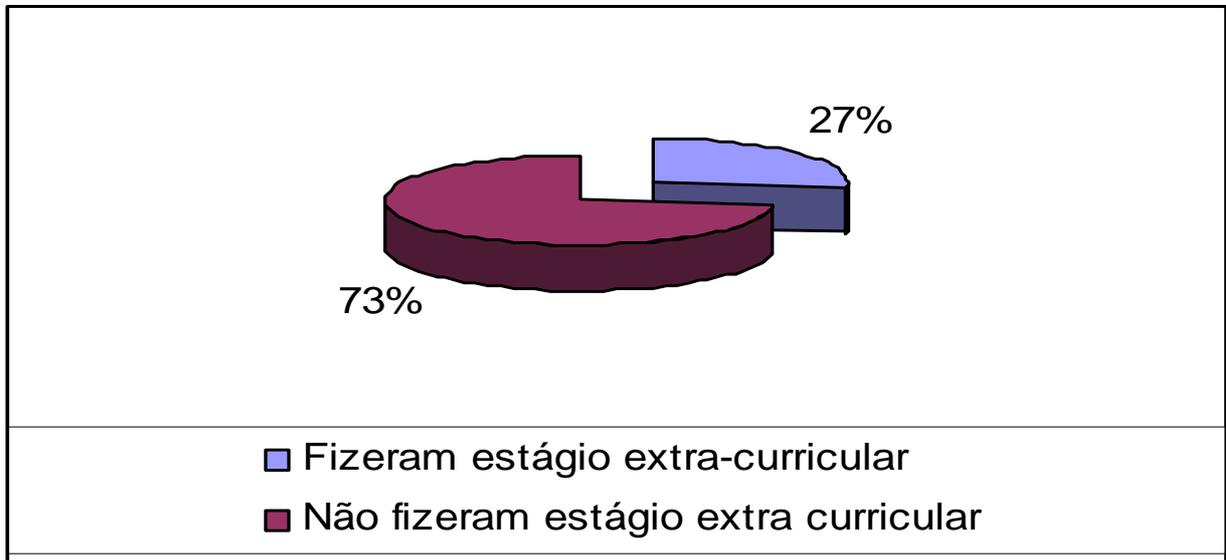


Gráfico 6: Estágio extra-curricular
Fonte: Entrevista

Entre os que não tiveram a oportunidade de fazer este tipo de atividade, grande parte se dedicava a algum projeto de pesquisa ou extensão na própria universidade. Os que já tiveram ou têm experiência com o estágio extra-curricular, as metodologias de ensino aplicadas nestes tipos de estágios foram evidenciadas no Gráfico abaixo:

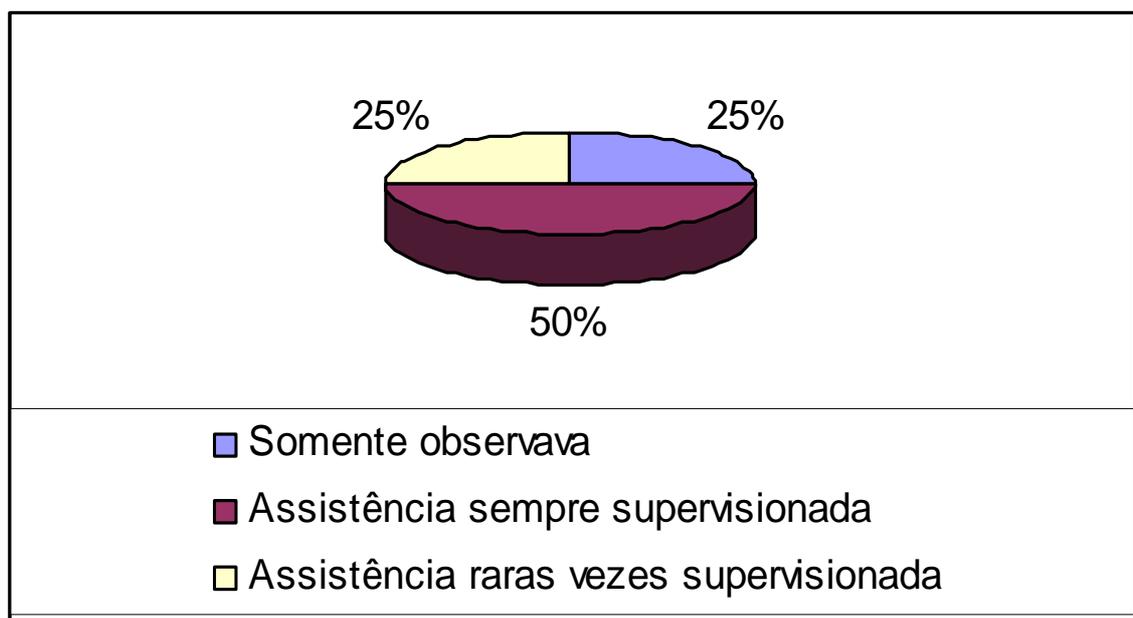


Gráfico 7: Metodologias aplicadas nos estágios extra-curriculares
Fonte: Elaboração própria

Foram percebidos três tipos de sentimentos e ou situações em relação ao estágio extra-curricular: os estudantes que não fizeram, mas, gostariam de fazer; os que não fizeram e não têm vontade de fazer e os que fizeram ou fazem estágio extra curricular.

Os que já fizeram ou fazem estágio extra-curricular: “Faço estágio extra curricular com a assistência raras vezes supervisionada. [...] minha função é ouvir as reclamações e fazer acolhimento. São tarefas muito simples, chamo a supervisora quando tenho dúvidas” (Entrevistado 1); “Já fiz estágio de vivência no SUS. Somente observava a realidade de saúde do Município” (Entrevistado 9); “Faço estágio em uma unidade de internação domiciliar. A assistência é acompanhada por uma profissional” (Entrevistado 11). Deste grupo de estudantes, 50% tinham suas assistências acompanhadas por profissionais, 25% somente observavam, 25% faziam à assistência raras vezes supervisionada. Os que faziam assistência raras vezes supervisionada justificaram que desempenhavam atividades simples e facilmente de serem realizadas com certo grau de autonomia, conforme visto na fala: “[...] são tarefas muito simples, chamamos os profissionais quando temos dúvidas” (Entrevistado 1).

Entre os que não fizeram, mas, pretendem fazer: “Não fiz, mas, pretendo fazer. Iniciei na pesquisa há dois anos. O estágio curricular traz uma visão cortada. O estágio extra-curricular, você não está sendo avaliado por uma disciplina, sua visão é mais ampliada” (Entrevistado 2); “Vejo uma falta de experiência em relação às outras pessoas que estão em estágio extra-curricular” (Entrevistado 3); “Não fiz estágio extra-curricular. Não mexe comigo o fato de não ter feito, mas, tenho vontade de fazer e não tive tempo de procurar. Às vezes você passa tão pouco por um setor, os estágios curriculares têm período curto” (Entrevistado 4); “Acho que ajudaria na prática, habilidade, manuseio de materiais. De um estágio curricular para o outro parece que a gente esquece. É muito pouco tempo, quando a gente começa a ‘pegar’ a prática, tem que mudar o estágio” (Entrevistado 6); “Não fiz, mas, mexe comigo. Pois, no extra-curricular você fica mais livre, consegue tirar algumas dúvidas, as pessoas te tratam como uma profissional realmente. Tenho vontade de fazer” (Entrevistado 14).

Os que não fizeram e não têm vontade de vivenciar: “Eu optei por não fazer o estágio extra-curricular, visto que, o estágio curricular já me preenche em muitas coisas. Eu fiz opção pela iniciação científica, bancada acadêmica, projeto de extensão. A prática eu já tenho, acredito que estes outros processos (referente ao que chamou de bancada acadêmica) também sejam importantes” (Entrevistado 7); “O fato de não ter feito não mexe comigo. Pois, o PET saúde, projeto de pesquisa e extensão, que eu faço, já faz assistência na comunidade. Trabalha

com o paciente e a educação em saúde. Acho que estas atividades me enriquecem mais. No futuro, eu irei procurar para conhecer outras coisas” (Entrevistado 8).

A formação na ação permite a construção do conhecimento da experiência. Há que se considerar que o sofrimento, o medo, a aflição dos enfermos e familiares percorrem o dia a dia deste aprendizado, porém, que não há espaços formalizados nos currículos para este aprendizado. Embora o subjetivo não seja inserido nas propostas de curso, seu aprendizado pode vir a acontecer na prática informalizada. (CANÁRIO, 2003; CASATE; CORRÊA, 2006) A pesquisa procurou compreender como este saber integrava o processo de aprendizado destes estudantes. Buscou-se identificar o que seria de essencial neste processo de formação para humanização. Para isto, foi questionado aos estudantes se, durante a vida acadêmica, houve oportunidade de se trabalhar as emoções, medos e anseios para lidar com questões como a morte, a dor sofrida pelos pacientes ou familiares e o sentimento de não poder curar. A falta de preparo dos estudantes para o lado subjetivo do cuidar percebida no Gráfico 8 abaixo é corroborada pelo pensamento de Casate e Corrêa (2006).

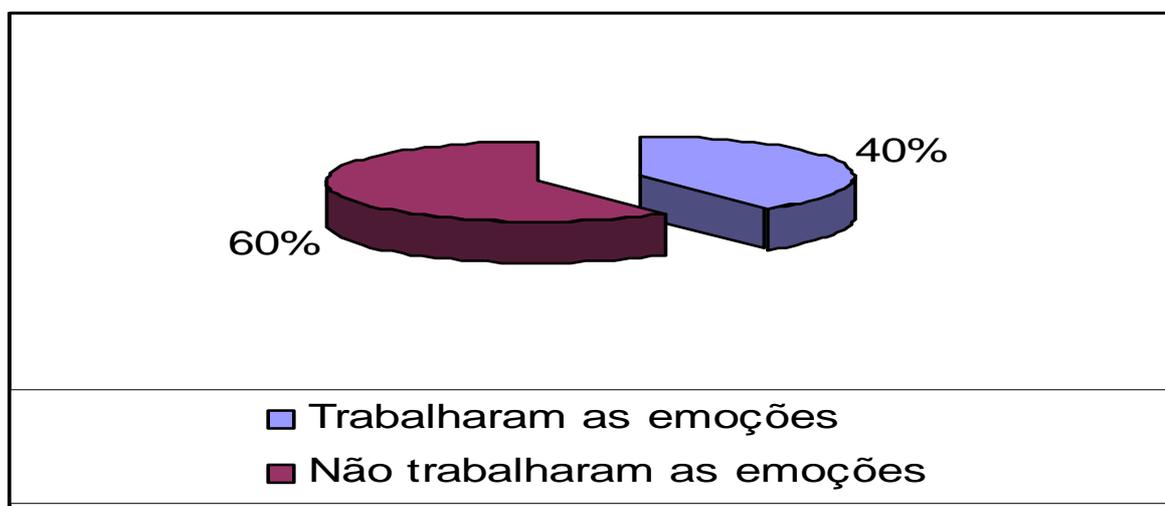


Gráfico 8: Oportunidade de trabalhar as emoções através da fonte acadêmica
Fonte: Entrevista

As formas pelas quais os estudantes afirmaram trabalhar as emoções durante a vida acadêmica também foram expressas. (GRÁFICO 9)

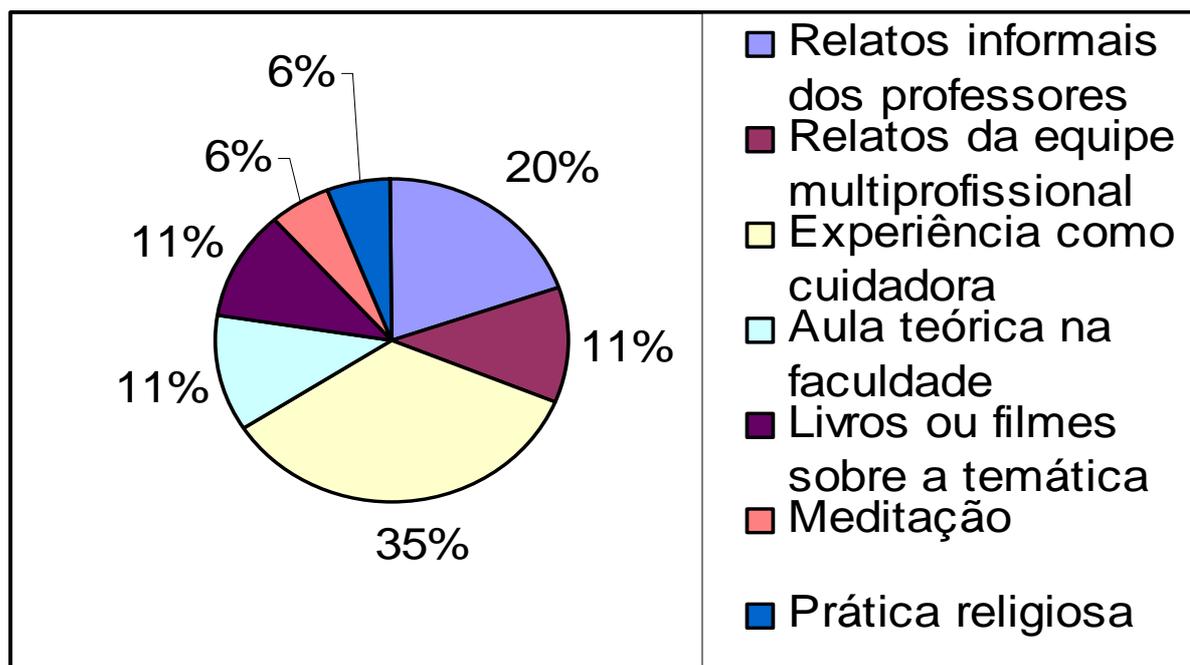


Gráfico 9: Formas utilizadas para trabalhar as emoções durante a vida acadêmica
Fonte: Entrevista

A partir desta discussão, tornou-se fácil perceber o resgate que os estudantes fazem ao trabalho das emoções a partir das vivências no cotidiano do trabalho, considerando estarem na condição de aspirantes em enfermeiros que vivenciam o aprendizado sobre cuidados em saúde. Fato este observado na seguinte fala: “Tento fazer com que as emoções não atrapalhem meu atendimento. Se eu ficar nervosa ou triste, vai interferir no meu trabalho. Quando chego em casa fico com vontade de chorar, pois, são pessoas como nós passando por situações de sofrimento” (Entrevistado 8).

Outro resgate foi atribuído aos relatos informais dos professores: “Já tive oportunidade de trabalhar as emoções, contudo, não foi suficiente. São temas que deveriam ser mais discutidos. De repente, a faculdade até proporciona estes momentos com seminários, mas muitas vezes, o estudante não tem disponibilidade para participar”, “Na maioria das vezes, estes momentos de trabalhar as emoções aconteceram na prática. No final do estágio, os professores costumam abrir espaços para que os estudantes coloquem o que chamou mais atenção nos estágios e, muitas vezes, o que era colocado era a situação dos pacientes [...]” (Entrevistado 13); “Muito superficialmente. Em algumas situações que a gente passou durante os estágios ou em situações quando a professora comenta, contudo, é muito breve”, “Pelos necessidades que a gente tem, são muitas as situações que a gente tem para discutir, colocar nossos medos, só que os momentos são poucos. Na aula teórica aconteceu de forma pontual

em uma disciplina que teve um seminário cujo tema da minha equipe foi a morte” (Entrevistado 10).

A influência dos professores no trabalho das emoções ainda pode ser percebida nos relatos que seguem: “Temos uma aula de morte, mas não tem tanto efeito. Durante a prática, se a gente não consegue controlar as emoções, tem professor que dá apoio, conversando, abordando o que poderia fazer. Mas, sinto muita falta de trabalhar esta parte. A gente passa pelo estágio e volta para casa com isto na cabeça” (Entrevistado 9); “[..] certo dia sai chorando do estágio e a professora foi bastante legal comigo, me assistiu no que ela pode. Deu-me um suporte, perguntou se eu queria trocar o campo. Eu optei em continuar pela confiança no professor. Você aprende com o paciente e com o professor no estágio. A teoria da faculdade é insensível, não sabe das experiências de enfrentamento que o aluno passa!” (Entrevistado 7); “Tivemos aulas sobre morte e dor, mas, não tivemos a oportunidade de colocar as nossas opiniões” (Entrevistado 3); “Na aula teórica aprendemos que não somos Deus, não pudemos fazer tudo” (Entrevistado 11); “Na vida acadêmica na sala de aula, é algo muito distante. Com o tema morte não tivemos nenhum contato. “Acho que o estágio na unidade de emergência vai ensinar muita coisa em relação às emoções” (Entrevistado 6).

Uma estudante se colocou completamente satisfeita com o trabalho das emoções dos graduandos realizado pela faculdade: “Já tivemos aula sobre isto. Sempre que tem uma oportunidade, a gente discute sobre este tema, seja em seminário ou em aulas proferidas pelos professores” (Entrevistado 14). Outra fala teve uma abordagem negativa em relação ao trabalho das emoções dos estudantes realizado pela fonte universitária: “Não recebo nenhum apoio emocional na faculdade. Nos programas de pesquisa e extensão aprendi a trabalhar com a questão da violência, mas, com a morte em si não” (Entrevistado 15).

Utilizando como base a construção de saberes entre sujeitos (professor, aprendiz e pacientes), dentro da vertente horizontal proposta por Freire (2009), pode-se fazer uma analogia a este autor e considerar a relação com o paciente também como uma fonte de troca de conhecimentos que possibilita o trabalho das emoções dos futuros profissionais: “Ao ter experiência com as situações de trabalho e com a relação com o paciente a gente vai aprendendo a trabalhar as emoções. O emocional vai alterando, você passa a conseguir conviver com algumas situações. Quando eu vejo que não posso, já fico menos abalada. Na emergência, o professor só está preocupado em ensinar administrar medicamento” (Entrevistada 4).

Uma fala defendeu a importância de trabalhar as emoções através da meditação: “Trabalho mais com a meditação do que presencio no estágio. É mais pessoal, uma auto-ajuda para superar as emoções” (Entrevistado 12).

Houve também os estudantes que trabalharam as emoções por passarem por situações que, eventualmente, se viram como cuidadores: “Cuidei da minha avó e isto contribuiu um pouco. Pelo fato de está cuidando dela, me fez ver o lado do outro, refletir o cuidar de alguém [...]” (Entrevistado 15).

Por último, os que afirmaram trabalhar aspectos de sofrimento da condição humana utilizando a religião: “Sou espírita e lá a gente conversa muito sobre isto. Peço sabedoria a Deus, pois, eu sou muito ansiosa e não tenho preparo para isto” (Entrevistado 1).

As discussões provocadas permitiram um panorama da percepção dos estudantes com a construção do saber. Após esta abordagem, tornou-se pertinente perceber como os estudantes afirmam suas ações. Estes serão os aspectos discutidos a seguir.

4.1.3 Autonomia profissional: uma busca pela afirmação

A percepção da autonomia na formação do futuro enfermeiro foi abordada neste estudo desde a escolha durante o processo seletivo para o ingresso ao ensino superior até as atividades diárias inerentes à profissão. Sua compreensão conceitual está baseada no que foi descrito por Barbosa e Silva (2007) na contextualização teórica.

Os estudantes foram questionados sobre o que mais motivou para fazerem o curso de enfermagem. Estes motivos foram explicitados em percentuais conforme Gráfico 10 abaixo:

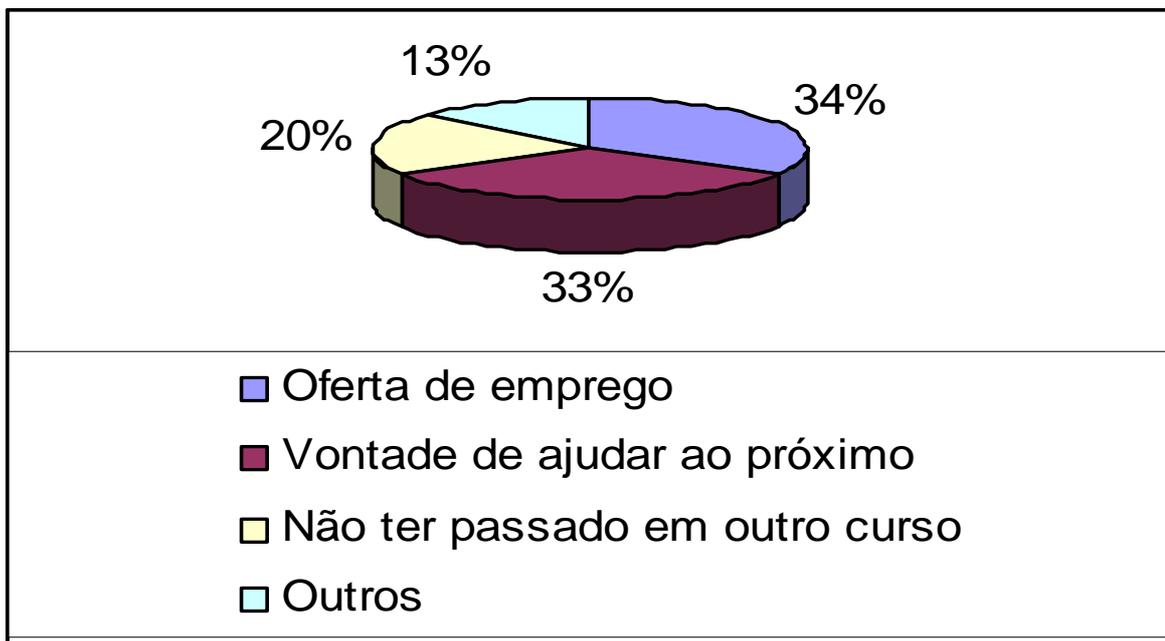


Gráfico 10: Motivos para escolher o curso de enfermagem
Fonte: Entrevista

A maioria optou pelo curso por considerar que a profissão abraça ofertas de empregos nos dias atuais. Este resultado demonstra influências que interferem na autonomia do sujeito no momento de decidir sobre a escolha da profissão. Confronta a concepção do sentido da educação descrita por Maturana (1998) e a relação com o saber por Charlot (2005). Esta preocupação corrobora com os conceitos abordados por Caria e outros autores (2005) ao considerar as representações que sustentam as estratificações sociais de um processo educacional por ora falido ao inspirar uma formação imposta para sustentar os indivíduos no considerado *status* social e ao ser inserido em uma formação dita “superior”. Desta forma, o ingresso ao ensino passa a ser visto como uma forma de se sobrepor à estratificação social.

Segue as falas que representam estes achados: “No interior faltava enfermeiro para trabalhar. Motivou-me o querer mudar de vida. Não me achava com dom, embora sempre gostasse de biologia. Achei que não teria condição de passar em medicina, por isso, nem tentei! Contudo, acho que o cuidado em enfermagem é muito paliativo” (Entrevistado 5); “Foi um erro! Fiz por pressão familiar. Queria fazer fonoaudiologia. No terceiro semestre eu fiquei em crise. Na verdade fiz esta opção devido à oferta de emprego” (Entrevistado 2).

Entre os sujeitos que justificaram a motivação de se tornar enfermeiro devido ao desejo de cuidar para ajudar ao próximo: “A gente vem para terra para uma missão e o fato de ser enfermeira vai me ajudar um pouco nisso. Vejo a alegria do paciente quando a gente chega

aos estágios. Eu quero fazer a diferença de ajudar e cuidar [...]. Em alguns locais o paciente chega com a cara de sofrimento que dá até vontade de chorar” (Entrevistado 1); “Fiz testes vocacionais durante o ensino médio. Sempre dava para a saúde e eu optei pela enfermagem por ser a que eu mais me identifiquei devido ao princípio básico do cuidar do outro” (Entrevistado 3).

Entre estes sujeitos, muitos despertaram seus interesses após terem vivenciado a hospitalização de uma pessoa querida: “Entrei em contato com a enfermagem quando minha mãe teve câncer de mama. Eu tinha 12 anos na descoberta da doença, quando ela faleceu, eu completava 16 anos. Acompanhava ela durante a quimioterapia, cirurgia e comecei a ter contato com a profissão [...]” (Entrevistado 8).

Ainda houve estudante que agrediu sua autonomia de escolha ao decidir pela enfermagem por não ter passado em outro curso, principalmente, medicina: “Eu vim do interior e lá técnico de enfermagem é confundido com enfermeiro na cabeça da população. Por isso, não tinha consciência do ser enfermeiro. Na verdade, eu queria fazer medicina. Só que seis meses antes do vestibular meu pai faleceu. Antes, sempre que fazia vestibular obtinha uma nota que passaria em outro curso. Meu pai falou para eu fazer enfermagem e depois eu continuava para fazer medicina. Ao fazer enfermagem me apaixonei e descobrir que o que eu queria era ser enfermeira. Antes eu achava que a medicina era o máximo em saúde e não é. Hoje eu sei que eu não prestaria para ser médica. A enfermagem é a paixão da minha vida. É uma profissão maravilhosa” (Entrevistado 7); “Na verdade eu queria fazer medicina. Meu pai e minha irmã são médicos, mas também tem enfermeiros na família. Então, a primeira coisa que me falaram quando eu não passei em medicina foi para fazer enfermagem. Resisti em enfermagem e fiz engenharia de alimentos. Eu tinha uma visão deturpada de que o enfermeiro só fazia o que o médico mandava. Uma submissão que tirava minha motivação. Hoje em dia, eu vejo que é diferente” (Entrevistado 11); “Achei que enfermagem era o que mais se aproximava da medicina” (Entrevistado 6).

Outras motivações foram citadas: o fato de enfermagem ser uma profissão generalista, fato de ter algum profissional da área da enfermagem na família e pelo curso ter vaga residual em alguma faculdade. Estas justificativas são analisadas a partir das seguintes falas: “Minha mãe é técnica e não tive outra coisa que eu quis. Acho que fui influenciada por minha mãe. Motivou-me pela influência no convívio e a oferta de emprego” (Entrevistado 4); “Optei por enfermagem por compreender que nutrição era algo restrito a questão de alimentação e que enfermagem era mais ampla que eu teria oportunidade de aprender e saber de mais coisas”

(Entrevistado 9); “Fiz fonoaudiologia e não era adequado para mim. Enfermagem foi uma questão de oportunidade, pois, tinha vaga residual” (Entrevistado 12).

Ao identificar o motivo para a escolha profissional e considerando um amadurecimento mínimo conferido aos estudantes de enfermagem no sexto semestre, a autonomia pode ser observada no desempenho dos estagiários nas atividades inerentes ao estágio e na percepção que os mesmos têm em relação à profissão. Então, foram abordados sobre o que poderia ajudar mais no seu desempenho durante uma situação de intercorrência com o paciente. As respostas foram expressas no Gráfico 11:



Gráfico 11: Fontes que apontam para a melhoria do desempenho durante uma intercorrência
Fonte: Entrevista

Outro fator que poderia ajudar durante as intercorrências com o paciente seria a construção de um arsenal de conhecimentos teóricos: “Estudar para saber o que fazer. Quando você sabe, tudo corre de maneira melhor” (Entrevistado 8); “Conhecimento é tudo. Sei que a gente não vai aprender tudo na graduação. A graduação deixa um pouquinho a desejar. Não adianta ter conhecimento e não ter autonomia para realizar” (Entrevistado 12).

A experiência em outros momentos vivenciados nos estágios também foi um alvo considerado: “Você precisa ter prática. Na sala de aula você pode aprender fazer reanimação cardiorrespiratória, mas, sem a prática [...]” (Entrevistado 2); “Se tivesse mais tempo de experiência, saberia mais o que fazer [...]. A gente aprende na teoria, mas, quando vai para a

prática parece que esquece. A experiência conta muito, não que o teórico não fosse importante, mas, por que às vezes, a gente não sabe aplicar” (Entrevistado 6); “A experiência é tudo! O que você vê na teoria pode não acontecer da mesma forma na prática. Na prática, muitas vezes, você tem que improvisar!” (Entrevistado 11).

A tranquilidade e calma também foram ressaltadas como fatores que poderiam ajudar aos estudantes durante as intercorrências, conforme as condições citadas: “Tranquilidade. Eu fico nervosa nas intercorrências” (Entrevistado 3); “Calma não deve ser confundida com lentidão. Você pode ter calma e ser ágil ao mesmo tempo” (Entrevistado 11).

Alguns sujeitos ressaltaram a importância do tratamento do professor na melhoria do desempenho dos estudantes, tais como: “A supervisão do meu professor. Ele é a pessoa responsável. Se eu não souber o que fazer, é importante que ele esteja lá para me ensinar” (Entrevistado 13); “Não consigo fazer nada ainda de forma segura. Preciso do professor do meu lado” (Entrevistado 7).

Ao considerar a história de vida do estudante como fator contribuinte para ajudar durante as intercorrências, um estudante teve fala diferencial: “Na minha história de vida, eu nunca tive relação com o cuidar. Eu vejo que enfermagem é muito disso. A maioria já passou por algo semelhante. Eu nunca vivenciei, nunca senti nada disso” (Entrevistado 5).

Vale a pena destacar duas situações que soaram de forma diferenciada. A primeira foi a de um estudante que ressaltou o cuidado de enfermagem apenas como “cuidados higiênicos”, com sugerindo uma percepção limitada sobre a enfermagem: “Eu tenho um conceito médico. Sei que os cuidados é uma questão de higiene, mas, considero ainda muito paliativo. Não tem necessidade de formar uma pessoa para está limpando” (Entrevistado 5). A segunda situação foi em relação à insegurança na realização das ações e a importância da presença do professor durante as intercorrências: “O professor do meu lado. Não consigo fazer nada ainda de forma segura” (Entrevistado 7).

Os trabalhadores da saúde são seres falíveis, por isso, suas ações são susceptíveis às influências do mundo associada à certeza de que nem sempre é possível curar ou transformar a realidade em saúde. A percepção sobre autonomia foi provocada ao tentar identificar atitudes não inerentes da essência do sujeito, mas, que foram alteradas por força da influência de situações que geram impotência. Este sentimento é visto a partir do momento em que o indivíduo, enquanto profissional, sente vontade de fazer algo pela situação do paciente e se vê impossibilitado. (BARBOSA; SILVA 2007)

Ao serem questionados se já vivenciaram situação de impotência no estágio, as causas foram representadas no Gráfico 12:

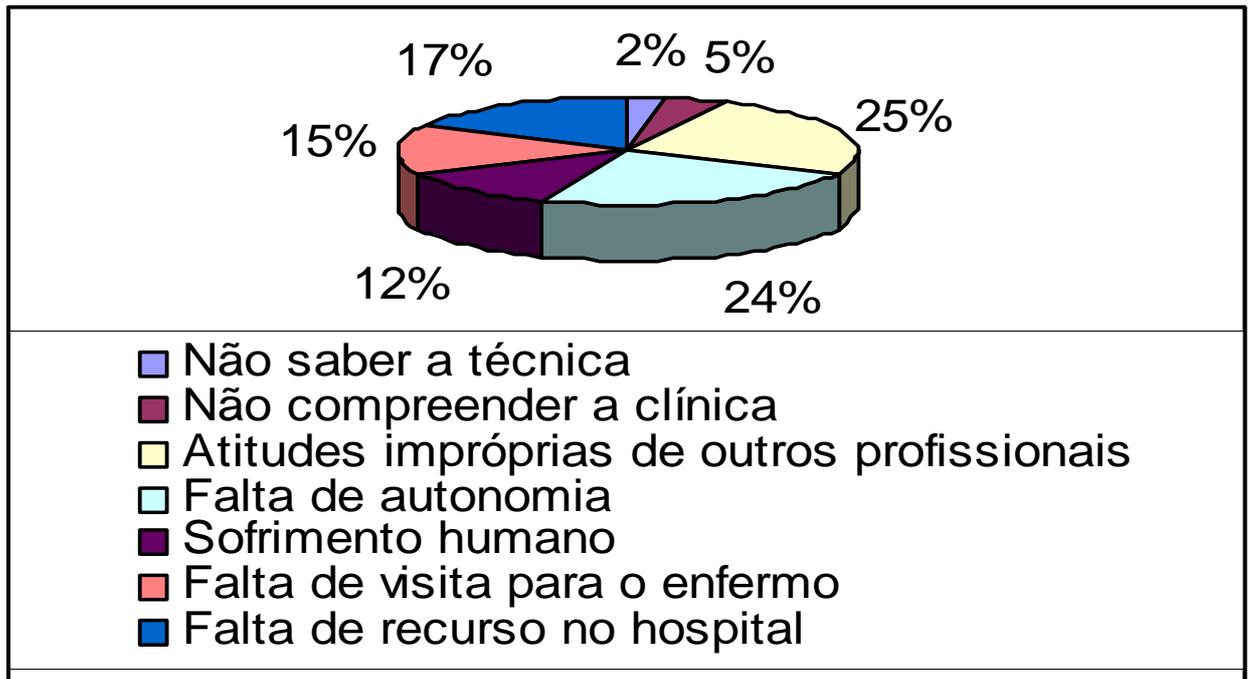


Gráfico 12: Causas do sentimento de impotência no estágio
Fonte: Entrevista

O resultado foi expressivo para situação de impotência gerada ao observar atitudes profissionais impróprias. Ao citarem as ações destes profissionais, muitos abordaram situações éticas e em desacordo com os aspectos legais de algumas profissões da saúde conforme observado pelo aluno no estágio de obstetrícia em um caso de tentativa de aborto: “Na maternidade, uma menina que tentou aborto aos 16 anos, a médica estava julgando e dizendo: ‘tem coisas que a gente faz que se arrepende’. Quanto mais a médica falava, a menina chorava, contudo, a profissional não tinha pena!” (Entrevistada 11); “[...] o motivo que levou ao aborto ninguém sabe, mas a gente não está ali para julgar! [...] quem julga é o juiz. Estamos ali para fazer o melhor possível!” (Entrevistado 14).

Outras situações também marcaram as atitudes inadequadas dos profissionais: “[...] disponibilidade de escuta é quase nula e o antibiótico não é administrado na hora certa, faz de acordo com o ritmo do plantão do profissional!” (Entrevistado 12); “[...] o profissional age de uma forma no hospital público e de outra no hospital privado. Esquece que a pessoa que busca por serviço público e como qualquer outro, a diferença é que este teve menos oportunidade na vida!” (Entrevistado 7); “Aquele profissional que fica batendo papo, dormindo, grosseiro e a gente não pode intervir!” (Entrevistado 1).

A reflexão sobre a falta de autonomia surge ao considerar qualquer atividade dependente nos futuros enfermeiros. Pode ser exemplificado com as atitudes impróprias observadas nos profissionais que, embora os aprendizes tenham consciência do fato, a

condição de estagiário deixa-os limitados para tomarem atitudes em consonância com a sua vontade. (ABREU, 2003; CASATE; CORRÊA, 2006)

Outro exemplo para percepção sobre a autonomia na humanização da assistência é caracterizado ao identificar uma medicação considerada ideal, mas, no código deontológico do enfermeiro é vetado este tipo de prescrição, salvo em situações pré-estabelecidas. Na ausência do médico, o paciente não teria esta assistência (BARBOSA; SILVA 2007) Segue falas: “A administração de analgésico. A gente fica morrendo de vontade de fazer, mas, sem o médico a gente não pode” (Entrevistado 1); “A dieta não foi liberada, pois, não tinha médico para prescrever. O paciente fez exame, depois de algum tempo, permanecia sem médico para prescrever, então, o paciente ficou com fome” (Entrevistado 8); “Na triagem, um paciente grave, a família estava desesperada. Perguntei para professora o que a gente poderia fazer por ele, ela me orientou a olhar o prontuário para ver o que havia prescrito. Contudo, a única coisa que tinha era colocar o soro e aplicar injeção se necessário. Procurei o médico e ele disse que não podia fazer nada, já estava no horário de sua saída, que eu esperasse o próximo plantonista chegar. Todos me olhavam com os olhos de ‘faça alguma coisa’, eu preferi sair. Se eu fosse um médico, independente do que tivesse ali, eu iria intervir. No lugar dos familiares eu iria questionar muita coisa tipo tanta gente de branco e ninguém faz nada!” (Entrevistado 5).

Outra situação foi identificada em relação à posição de dependência dos estagiários para o desempenho de suas ações: “Quando a gente chegou ao estágio não tinha nem médico e nem enfermeiro e um paciente estava fazendo uma crise convulsiva e eu não podia fazer nada. Sem o médico [...] os pacientes vendo um monte de estudantes achando que éramos profissionais e a gente sem poder fazer nada” (Entrevistado 2); “A quantidade imensa de pacientes sofrendo, gritando, pedindo ajuda, mas, só tinha dois técnicos, então a gente não podia fazer muita coisa” (Entrevistado 3).

A falta de autonomia também foi percebida frente ao receio em relação à tomada de algumas atitudes que poderiam levar à insatisfação dos outros profissionais da equipe e comprometer o auxílio espontâneo dos mesmos para facilitarem ou contribuírem para o aprendizado dos estudantes: “A gente tem que ter cuidado onde a gente está “pisando”. Qualquer coisa que a gente pode falar pode fazer com que se perca o campo de estágio. Então, às vezes vê isto acontecer, mas, não podemos chegar para o profissional e falar que ele está errado. Isto pode ocasionar a gente perder o campo” (Entrevistado 8).

A falta de recurso foi uma situação de impacto para estes estudantes que tiveram que adaptar suas ações com improvisos. Os relatos dos estudantes que passaram por situações de

impotência relacionada à falta de recursos foram observados nas falas: “A gente vê na teoria tudo bonitinho, chega à prática não encontra os recursos para aplicar os procedimentos, você tem que improvisar. Materiais simples como os necessários para a punção de um acesso venoso, às vezes, não tem e você tem que improvisar [...]” (Entrevistado 15); “O hospital não dispõe de recursos suficientes de acordo com a necessidade do paciente. A gente já chegou até a comprar cateter periférico para trocar por está vencido, o improviso dentro da Unidade” (Entrevistado 9).

A angústia evidenciada nas falas dos sujeitos quando os pacientes são esquecidos por seus familiares e se sentem carentes no momento de sua doença. Além disso, nos diálogos com os estagiários, os pacientes tentam esconder que foram abandonados por seus familiares e se apegam aos profissionais para suprirem suas carências. Estes fatos foram bem retratados nas falas: “Foi terrível, o paciente mentia que o familiar veio ou que disse que não poderia vir visitá-lo. Dizia que todos os profissionais eram amigos, demonstrando carência” (Entrevistado 7); “A gente ver muito, pacientes com meses ou dias e ninguém vai visitar. Eu tento ver o que ele gosta de fazer durante o dia para ajudar, mas, é difícil. Com o familiar é diferente, não tem comparação” (Entrevistado 9).

Além disso, a impotência ao perceber casos clínicos não reversíveis e que causam sofrimento humano. Seguem as falas: “Ao fazer uma punção periférica, já tinha tentado duas vezes, a professora cinco vezes. Eu fiquei do lado do paciente tentando confortar, mas, não podia fazer nada. Ela estava com fragilidade capilar, o procedimento estava sendo feito corretamente, então, não tinha mais o que fazer” (Entrevistado 10); “Uma paciente da minha idade com um diagnóstico de degeneração, atrofiando [...] ela tinha até raiva quando eu entrava no quarto, transparecia me questionar por que eu estava caminhando e ela não” (Entrevistado 7). Os estudantes que se sentiram impotentes por não saberem o que fazer quando perceberam o sofrimento em caso de óbitos: “O paciente teve broncoaspiração e foi a óbito. Foi uma sensação de impotência tão grande. Eu enquanto estagiaria não fiz muita coisa, mas, ajudei a pegar alguns materiais ou o que me solicitavam. A impotência frente à morte ou ver uma pessoa a cada dia piorando seu estado de saúde. Dá vontade de você curar aquela pessoa, mas, nem sempre depende de você” (Entrevistado 8).

Por não saberem responder questionamentos sobre o quadro clínico: “A enfermagem foca o cuidado e não o quadro clínico” (Entrevistado 5). Os que se sentiram impotentes por não saberem executar uma técnica: “A professora pegou uma aluna para ensinar a fazer medicação e os outros ficaram lá, com a emergência lotada e, sem poder fazer nada. A gente faz o que pode sozinho” (Entrevistado 4).

Visando ampliar a percepção sobre a autonomia frente ao saber sobre humanização da assistência em saúde, os sujeitos foram colocados, hipoteticamente, em algumas situações do cotidiano do trabalho. O objetivo foi tentar perceber a sensibilidade dos estudantes para a execução de atitudes humanizadas. Inicialmente, perguntou-se aos estudantes o que eles fariam ao ver um paciente se queixar de dor, após já ter administrado uma medicação analgésica. Em seguida, procurou identificar a reação dos estagiários ao serem escalados com pacientes em isolamento, as prioridades atribuídas à função do enfermeiro durante a realização do banho do paciente no leito e, por último, procurou conhecer a forma mais fácil deste futuro profissional se lembrar do paciente.

Ao observar a dor, mesmo após já ter administrado um analgésico, as reações foram representadas no graficamente:

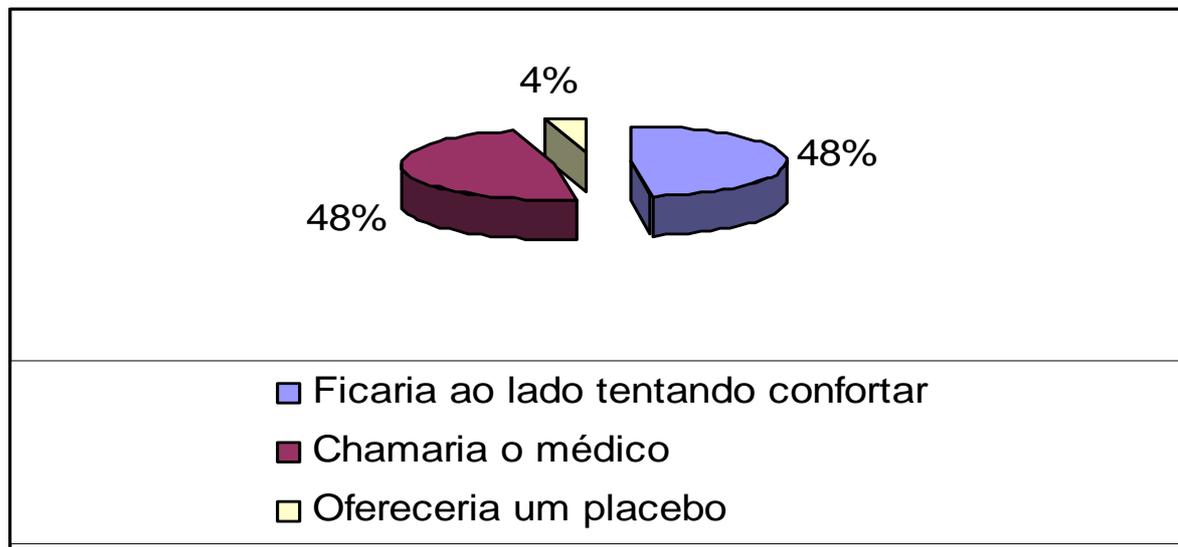


Gráfico 13: Reações dos estudantes frente a dor do enfermo
Fonte: Entrevista

Os estudantes que concordaram em ficar ao lado confortando: “Existem técnicas para o alívio da dor que não são medicamentosas tipo o posicionamento” (Entrevistado 12); “Conversaria [...] a dor poderia está relacionada ao psicológico” (Entrevistado 2). Estas respostas marcaram o agir de acordo com sua própria vontade e competência profissional. (BARBOSA; SILVA, 2007; SCHON, 2000)

Embora a decisão destes sujeitos tenha sido ficar ao lado do paciente e confortar, significado aplicado esta ação foi fruto de divergências: “Ficaria do lado tentando confortá-lo, contudo, meu conforto seria a explicação dos efeitos da medicação. Não diria coisas tipo vai passar ou ficar passando a mão na cabeça” (Entrevistado 5). Contrariamente, outro estudante colocou sua opinião: “Conversar, fazer um toque, procurar levantar a fé em Deus. Uma

assistência humanizada para aliviar o sofrimento com palavras, aperto de mão, carinho sem perder a postura profissional. Tirar a relação de poder por ser profissional, acho que aliviaria a dor [...] o placebo talvez ajudasse ao psicológico” (Entrevistado 7).

Outros estudantes concordaram com a idéia de chamar o médico associada ao fato de ficar ao lado confortando o enfermo: “Ficava ao lado do paciente e chamaria o médico visto que a paciente não teve melhora com a medicação administrada. Só comunicar ao médico sem ficar ao lado do paciente não resolve” (Entrevistada 10). Outros ainda concordaram que a única ação seria chamar o médico: “Chamaria o médico para ele avaliar o paciente, pode ser que ele precise de uma dose mais forte e como enfermeiro a gente não pode prescrever” (Entrevistado 4).

O agir do enfermeiro é marcado por ações ditas independentes como o alívio não medicamentoso da dor e outras dependentes da equipe multiprofissional, mais precisamente do médico, como a necessidade da prescrição para administrar um analgésico. (CARPENITO, 2002) Uma análise que pode ser atribuída a este fato se aplica ao que Abreu (2003) conceituou como lógica estratégica nas relações de trabalho. Neste sentido, os enfermeiros trabalham em simbiose e em um estado de interdependência com a estrutura e com os atores sócias que integram o universo hospitalar.

Uma outra forma de especular como a autonomia dos estudantes é percebida nas ações consideradas humanizadoras em saúde, foi ao abordá-lo sobre como costumam reagir quando estão escalados com paciente em isolamento e o hospital oferece o equipamento de proteção individual necessário. O objetivo foi identificar se aspectos como o isolamento físico hospitalar, causado por enfermidades geradas por microorganismos, alteram a assistência ou a concepção de cuidado destes sujeitos. As respostas foram representadas graficamente:

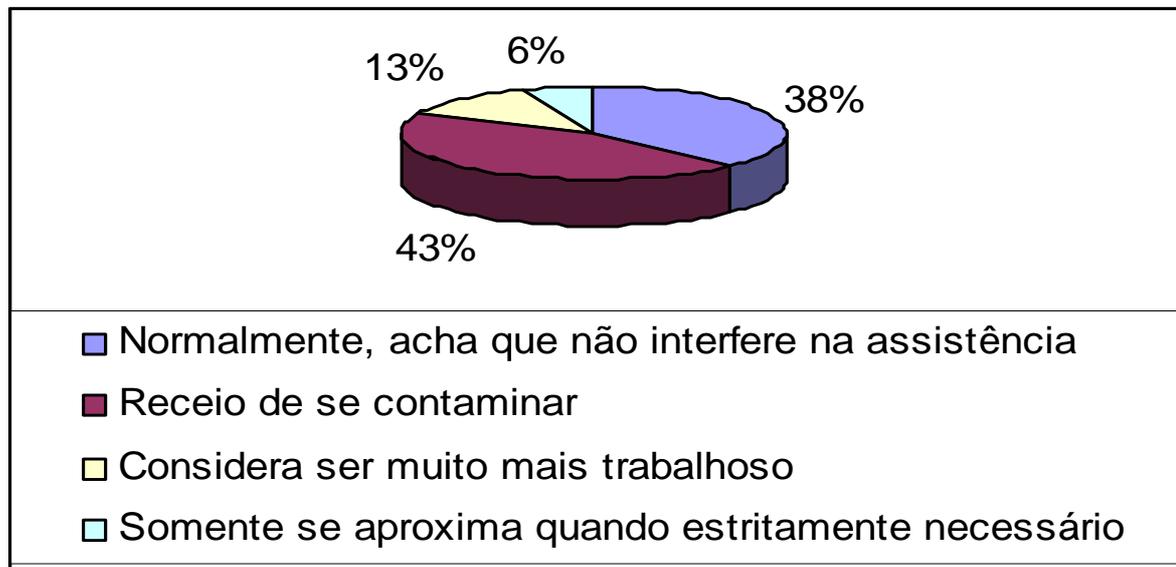


Gráfico 14: Reações dos estudantes frente aos enfermos em isolamento
Fonte: Entrevista

O receio de se contaminar influenciou a maioria das opiniões, sendo retratado da seguinte forma: “No fundo, sempre tem aquele certo receio, mas, não deixaria de prestar a assistência. Ficaria com receio e faria a assistência” (Entrevistado 3).

Agir normalmente nesta situação foi caracterizado nas falas: “Se eu estou com equipamento e utilizo corretamente, a assistência é a mesma. Imagine se eu não cuidar como deveria deste paciente, perderíamos todos os pacientes ‘isolados’. A mesma assistência, a diferença é que eu vou me proteger e proteger o paciente, nada além da minha obrigação” (Entrevistado 7).

Para alguns estudantes o que ficou mais evidenciado nesta situação foi o fato de acreditarem que a assistência ao paciente em isolamento é muito mais trabalhosa pelo fato de está se paramentando com o uso de máscaras, luvas e capas em todos os momentos de contato com o paciente: “Ter que fazer o toque com luvas são coisas difíceis para a assistência” (Entrevistado 10).

A minoria afirmou somente se aproximar quando fosse estritamente necessário: “A gente não trata o paciente mal, faz a assistência, mais fica pensando. Fica com receio de se contaminar. Evita entrar em contato com o paciente somente se aproximando quando necessário. Por mais que a gente saiba teoricamente, tem a insegurança” (Entrevistado 4). Reações como estas demonstram um abalo a autonomia do indivíduo, qual, sua ação passa a ser manipulada pela influência da condição de isolamento do enfermo, fruto do medo de se contaminar. (BARBOSA; SILVA, 2007; SCHON, 2000) Pode ser justificado ao considerar o

contexto dos estagiários frente às situações novas e de descobertas. (CASATE; CORRÊA, 2006)

Uma fala foi destacada, pois, trouxe uma percepção de que à medida que a pessoa vai adquirindo experiência profissional, estes receios vão reduzindo: “Fiquei com receio de me contaminar no início. Depois, acreditei que não fosse interferir na minha assistência” (Entrevistado 8).

A terceira situação hipotética foi em relação a um dos momentos considerados mais íntimos para o paciente. Foi perguntado aos entrevistados o que eles costumam priorizar na assistência durante o banho no leito. A pergunta provoca especular a ação para humanização frente a uma necessidade respaldada pela técnica do banho, porém, influenciada pelos valores de pudor dos enfermos. As respostas foram classificadas no Gráfico 15 abaixo:

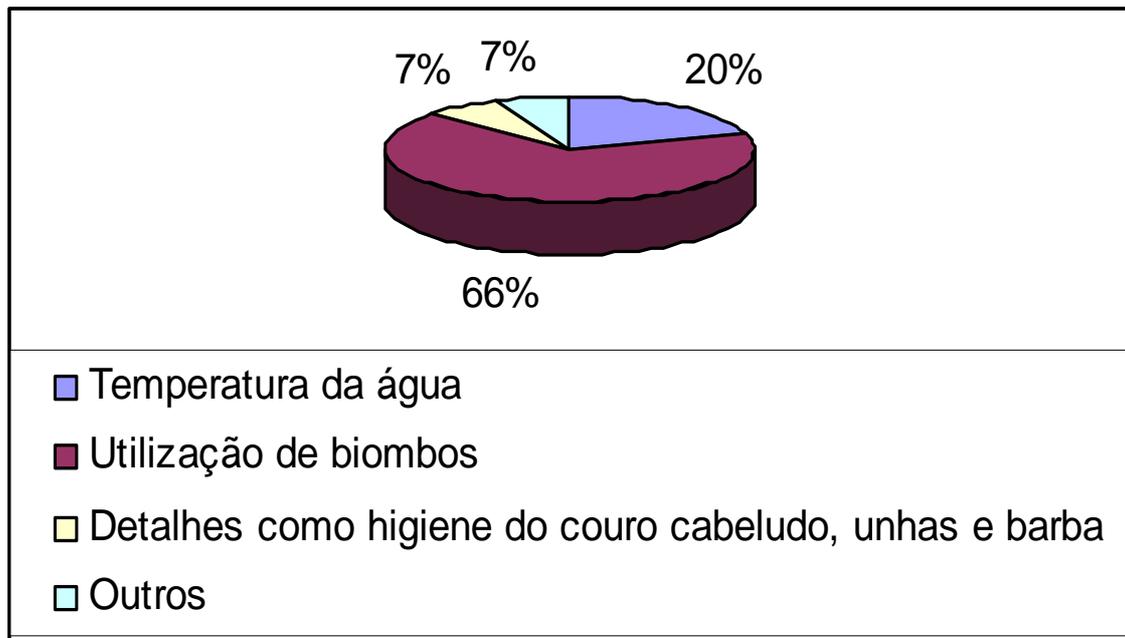


Gráfico 15: Prioridades para a realização do banho no leito
Fonte; Entrevista

A maioria dos universitários priorizou a utilização dos biombos: “Tem gente que vai dar um banho e deixa tudo aberto. Vou fazer o banho céfalo-caudal e o paciente não precisa está todo despido, tem uns que ficam com vergonha” (Entrevistado 1); “[...] eu não me sentiria à vontade sendo exposta [...] você está ali impotente, momento muito íntimo” (Entrevistado 2). Uma fala foi diferencial nesta temática: “Quando eu faço algum procedimento não gosto que os outros estudantes fiquem comigo, pois, sou eu, a professora e mais cinco estudantes na frente do paciente!” (Entrevistado 2).

A temperatura da água foi evidenciada da seguinte forma: “Verifico a temperatura sempre, a história do paciente, como ele está, se está em condições para que eu faça a higiene naquele momento” (Entrevistado 15). Ainda utilizando a importância da água, um relato trouxe uma experiência de outra forma de utilização visando proporcionar mais conforto ao paciente: “Uma coisa muito importante seria colocar a mão do paciente diretamente na água, acredito que cause uma boa sensação ao paciente, eles relatam que é mais agradável” (Entrevistado 10).

A opção de atentar para detalhes como lavagem de couro cabeludo, barba e unhas: “Se eu pudesse, eu lavava a cabeça de todos os pacientes [...] existem uns (em relação aos enfermeiros e técnicos) que dão banho de ‘gato’, outros que demoram, fazem o banho completo. Eu gosto de colocar o paciente em baixo do chuveiro sempre que posso. Acho que a lavagem de couro cabeludo pode dar um alívio, sensação de limpeza ao paciente” (Entrevistado 7).

Em igual percentual ao de atentar para detalhes durante o banho, alguns estudantes trouxeram outras ações que poderiam proporcionar mais conforto ao paciente durante o banho: “Primeiro, observo se o paciente está confortável e se teria algumas posições para propiciar mais conforto [...]” (Entrevistado 11); “Priorizo conversar. Pois, a única coisa que ele tem naquele momento é o corpo. Sempre explicando o que eu estou fazendo, onde estou pegando [...]” (Entrevistado 12).

Ficou evidente a percepção dos estudantes em relação ao momento do banho como forma do enfermeiro proporcionar um conforto maior ao doente. Contudo, uma fala se destacou por ser contraditória ao conceito de autonomia atribuído por Barbosa e Silva (2007): “Não gosto de dar banho no leito. Acho que o paciente precisa, mas, não cabe ao enfermeiro fazer” (Entrevistado 5).

Por último, a proposta para a percepção da autonomia em ações humanizadas na saúde foi provocada ao questionar os entrevistados sobre a forma mais fácil que eles utilizavam para lembrar do paciente. As respostas foram expressas no Gráfico 16 a seguir:

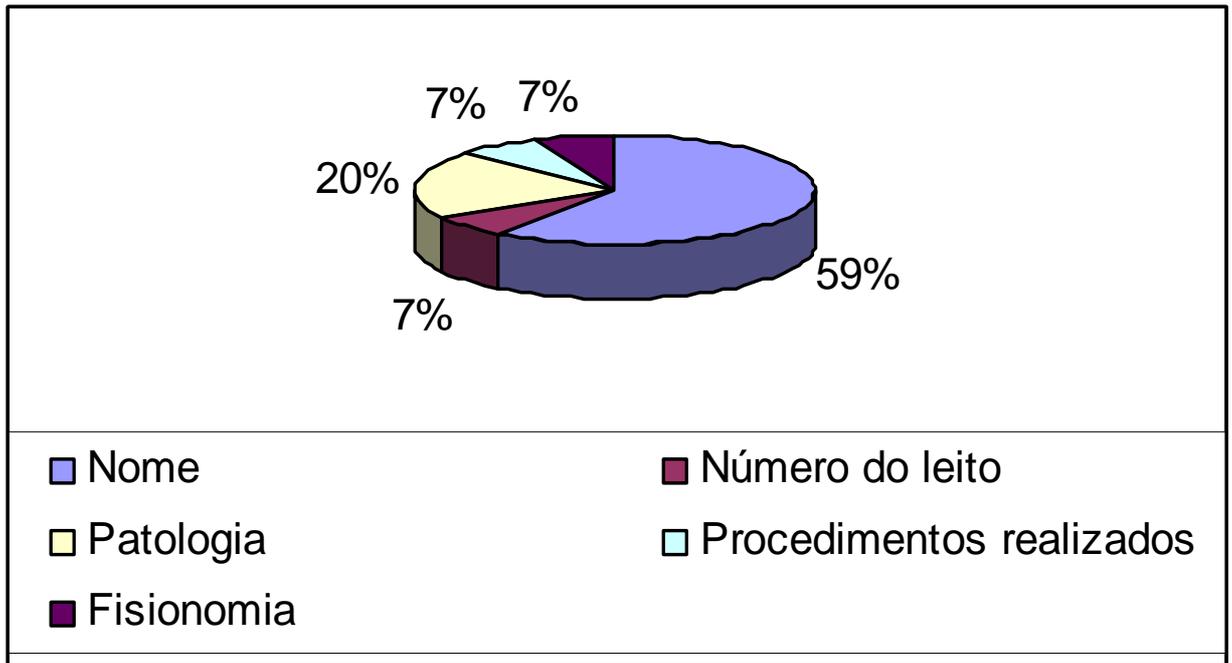


Gráfico 16: Forma mais fácil do estudante lembrar do enfermo
Fonte: Entrevista

Nos relatos que acreditaram ser pelo nome a forma mais fácil de lembrar do paciente, trouxeram com eles também a percepção de que a lembrança pelo nome dá uma idéia de individualidade, que cada ser é único: “A gente vê tanto a questão ‘leito tal’ e ‘doença tal’. Colocando-me na situação do paciente, ambiente inóspito, identificar o paciente pela poltrona tal, número ou patologia, acho isso horrível. Procuo logo saber o nome. Esse negócio de ‘mãe pra lá’ e ‘mãe pra cá’ é como se estivesse generalizando” (Entrevistado 6); “Eu não tenho dificuldade em gravar o nome. É importante chamar pelo nome, pois, o paciente não é a doença ou o leito que está no momento” (Entrevistado 9).

Os aspectos que perpassam a noção de unicidade dos sujeitos como ações humanizadoras e que devem ser preconizadas nas relações hospitalares segundo Bermejo (2008) apontam as demais formas de lembrar do paciente como ação não pertinente à profissão, mas sim, influenciada por circunstâncias, deslocando dos sujeitos o eixo sobre autonomia. (BARBOSA; SILVA, 2007; SCHON, 2000)

Ao relatarem a preferência em lembrar do paciente a partir da patologia ou diagnóstico: “Na academia a gente estuda o paciente como um todo. Mas, o sistema de ensino foca muito a doença do paciente. Por mais que a gente tente mudar, isto ainda é muito forte. A gente acaba incorporando e associando o paciente à patologia” (Entrevistado 13).

Tiveram os mesmos percentuais nas respostas os pensamentos dos estudantes que sinalizavam o número do leito, os procedimentos realizados e as fisionomias dos enfermos como mecanismos para se lembrarem do paciente. Em relação ao número do leito: “Há, o

paciente do leito tal! O número do leito é uma referência. Todos os profissionais falam, até porque, pelo nome, existem vários pacientes com nomes iguais” (Entrevistado 5); “É a prática. A gente houve muito na faculdade que tem que se humanizar, que o paciente tem que ser chamado pelo nome. Mas, na prática, os próprios professores que falam isto perguntam qual o leito do paciente e falam o paciente do ‘leito tal’ [...]” (Entrevistado 2).

Lembranças proferidas a partir dos procedimentos realizados: “Pelo procedimento realizado, A gente tem poucas oportunidades para realizar procedimentos, então, dá para lembrar de todos” (Entrevistado 11). Por fim, em igual percentual, ficaram as percepções de estudantes que afirmaram lembrar mais fácil do paciente utilizando a fisionomia: “Prefiro a fisionomia, pois, eu não sou muito boa com os nomes” (Entrevistado 3).

A construção do saber é integrada com a autonomia do sujeito ao se permitir que as ações sejam tomadas de acordo com as percepções dos sujeitos. Contudo, para que esta ação se expresse da melhor forma, necessita de uma formação para a ação, adquirida no exercício de se refletir para agir. Neste ponto, começa a fazer sentido o entrelaçamento do Saber, da Autonomia e da Reflexividade. A síntese deste ciclo será discutida a seguir.

4.1.4 Reflexividade: a práxis do ofício de ser enfermeiro

A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria / prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, um ativismo. (FREIRE, 2009, p. 22)

Na tentativa de perceber o exercício de pensar sobre as ações e evitar atitudes puramente técnicas ou automatizadas, engajadas na filosofia da reprodução, como se os receptores deste cuidado fossem seres coletivos e iguais, desprovidos das individualidades que os caracterizam como seres humanos, os estudantes foram provocados em relação a algumas práticas e o processo de aprendizado destes futuros enfermeiros. As percepções foram baseadas nas discussões sobre reflexividade realizadas por Schon (2000).

Foram questionados sobre os sentimentos no primeiro momento em que vivenciaram o estágio e se estes sentimentos persistem até hoje. Iniciar por esta provocação tornou-se intencional por concordar com os autores que valorizam uma educação pautada na relação desinteressada sobre os saberes do ofício de ser enfermeiro. (CHARLOT, 2007; FREIRE, 2008; MATURANA, 1998; ZITKOSKI, 2006) As respostas foram colocadas no Gráfico 17 abaixo:

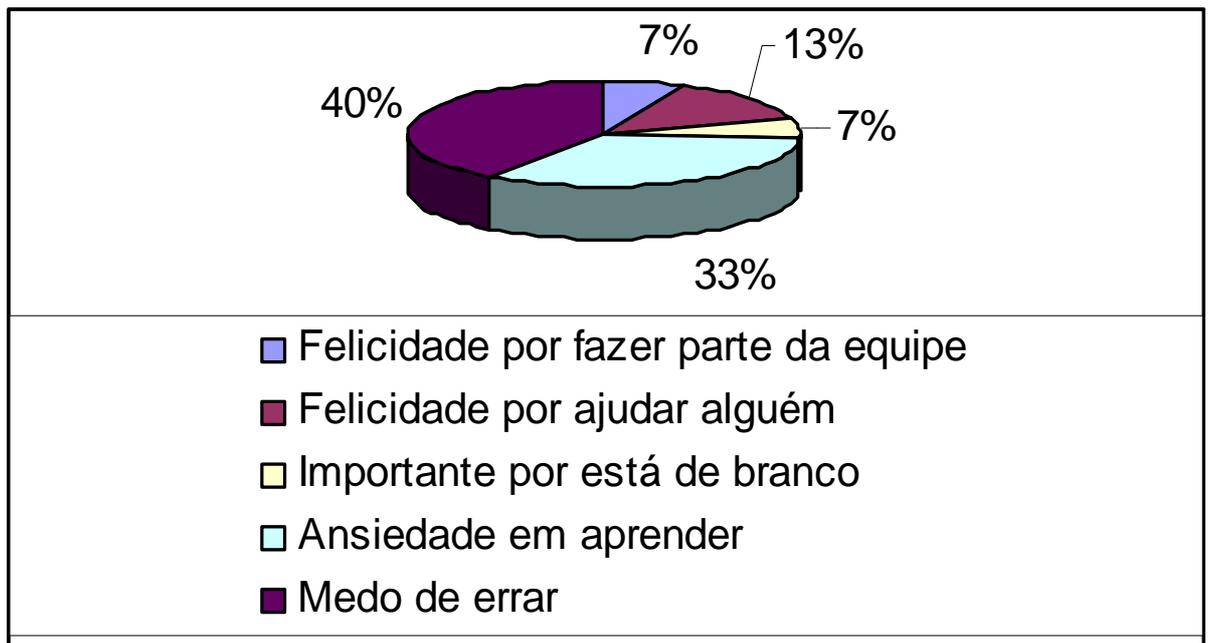


Gráfico 17: Sentimentos despertados nos estudantes durante o estágio.
Fonte: Entrevista

A maior representatividade em relação ao sentimento no primeiro momento do estágio foi o medo de errar, justificado nas falas a seguir: “Você trabalha com a vida do outro e me angustia, pois, são detalhes que em frações de segundos [...]. Não mantenho o mesmo sentimento. Hoje, me sinto mais seguro. Você vai amadurecendo e vai percebendo sua melhora. Você vai estudando e percebendo maior associação entre teoria e prática [...]” (Entrevistado 2); “Pânico! Achei que as professoras estavam exigindo além do que eu podia fazer, exigindo demais de mim. Nunca fui para um hospital e tive que ir e ainda fazer os procedimentos. Senti incapaz. Hoje, já me acostumei com a realidade, mas, não aceito [...]” (Entrevistado 12); “Senti medo por não saber o que ia encontrar lá [...] se ia consegui [...]” (Entrevistado 6).

Em seguida, as falas versaram para uma expressividade em relação ao sentimento de ansiedade em querer aprender: “Curiosidade para ver o papel do enfermeiro, pois, não tinha isso claro” (Entrevistado 11); “Muito Ansiosa para fazer logo, ver como é que é, fazer os procedimentos” (Entrevistado 15).

A felicidade por ajudar alguém foi a terceira opção mais citada ao fazer a avaliação geral das respostas: “Felicidade por ajudar alguém foi no princípio. Pois, acho que a enfermagem não ajuda a mudar o quadro” (Entrevistado 5); “Eu me senti feliz em fazer um

estágio no posto de saúde. Vi que muitas pessoas que esperam em um posto de saúde querem apenas uma informação simples, me senti bem em orientar, gostei muito” (Entrevistado 3).

Por último e em mesmo percentual, ficaram a felicidade por fazer parte da equipe e por está de branco: “Senti felicidade por fazer parte da equipe” (Entrevistado 5). Em relação à felicidade por está de branco: “No primeiro estágio foi uma emoção, fiquei toda orgulhosa de sair de branco de casa, me sentindo! Aquela preparação de comprar as roupas, estetoscópio, tudo do jeito que eu queria [...]. Hoje, eu tenho um equilíbrio. Retiraria o uso do branco. Acho uma besteira.” (Entrevistado 7).

Na maioria dos diálogos, a ansiedade em aprender foi acompanhada pelo medo de errar e prejudicar a vida de outra pessoa. Entre as falas que relataram medo, a resposta do entrevistado 12 se diferenciou pelo contexto que acompanhou o medo: “Pânico! Achei que as professoras estavam exigindo além do que eu podia fazer, exigindo demais de mim [...]”. Isto fortalece a importância de estudos que procuram compreender as percepções dos estudantes para que o aprendizado possa acontecer da melhor forma e sem trauma (FREIRE, 2009). O mesmo entrevistado continuou sua fala trazendo mais inquietações, contudo, sob o ponto de vista dos objetivos e tendências da enfermagem: “[...] A enfermagem está mais compenetrada com seus cuidados e não buscando outros cuidados [...]”. Esta expressão suscitou reflexão sobre a proposta de cuidado humanizado voltado ao ofício do enfermeiro e baseado nos conceitos de autores como Bermejo (2008) e Pasche e Passos (2010).

Sentimentos como o medo de errar e ansiedade para aprender se expressam diferentemente e de acordo com a unicidade do ser. Levam o indivíduo a atuar em zonas de incertezas. Contudo, estes aspectos duvidosos causados pelos referidos sentimentos se tornaram menos percebidos com o passar do tempo e da experiência de cada um. Parece que os estudantes tendem a arranjar alguma forma de pensar estas incertezas no campo prático. Analogicamente, a relevância dada ao orgulho por está de branco parece tornar-se insignificante com o decorrer do envolvimento com a profissão que possibilita uma reflexão na ação. (BERARDINELLI, 2003; CANÁRIO, 2003; ITO et al.; 2006; SCHON, 2000)

Refletindo sobre o processo de aprendizado, foram questionados sobre o que mudariam para melhorar a construção do aprendizado durante o estágio supervisionado. A necessidade de mudança para o aprendizado é uma consequência de situações conflituosas. O desejo de transformação se forma a partir da reflexão sobre estes problemas (SCHON; 2000). Entre os respondentes, 93,3% mudariam algo para melhorar a construção do conhecimento e 6,6% não mudariam. As citações dos entrevistados sobre possíveis mudanças no processo de aprendizado se diversificaram entre a necessidade de estudar mais, a metodologia utilizada

pelo professor, as discussões de casos clínicos, aumentar o período de estágio e reduzir a quantidade de estudantes por turma.

Em relação à necessidade de estudar mais: “Às vezes falta isto! Eu gostaria de estudar mais, mas, às vezes tem prova de tal matéria e a gente não pode estudar” (Entrevistado 1). Esta necessidade pode ser embasada por autores como Bauman (2005), Fartes (2008), Freire (2008) e Silva (2009).

A metodologia do professor foi representada pela fala: “Mudaria a relação com o professor. Pois, a pessoa se torna enfermeiro e não fica capacitado para ser professor. Passa no mestrado, recebe um “bando” de alunos e, muitas vezes, a pessoa não tem vocação para ensinar. O significado do mestrado para este enfermeiro pode ser uma maneira de ter mais dinheiro, se envolver com pesquisa” (Entrevistado 7).

A percepção sobre os estudos de caso foi diversificada: “Mais discussões referente à sentimentos, momentos que vivenciamos, saindo da percepção exclusiva dos casos clínicos e colocando as experiências de cada um” (Entrevistado 10); “Muitos Estudos de caso. Por que você conhece a patologia de maneira mais profunda, o que ajuda bastante na assistência [...]” (Entrevistado 5).

A relevância em aumentar o tempo de duração de cada estágio: “O período é muito curto. No momento em que você começa a se adaptar a rotina e ao ambiente, o estágio termina” (Entrevistado 11). Muitas das falas afloraram a concepção de formação de docentes e de métodos pedagógicos para problematização defendidos por Schon (2000).

Com o objetivo de se deter à práxis do trabalho do enfermeiro ao perceber atitudes que possibilitam a humanização da assistência, os estudantes foram colocados em situações hipotéticas da assistência de enfermagem.

A primeira situação hipotética para perceber a ação reflexiva para humanização da assistência foi: “No hospital X, a ordem é realizar o banho de todos os pacientes no turno matutino. Contudo, um paciente afirmou que o seu costume é tomar banho pela tarde, por isso, gostaria de tomar banho no período vespertino. Se você fosse o enfermeiro da unidade, o que você faria?” As respostas foram unânimes para tentar convencer o enfermo, porém, se caso não aceitasse, abririam uma exceção para a realização do banho segundo a vontade do paciente.

O impasse em atender ao pedido do paciente, respeitando suas necessidades, é atrelado à especulação da disponibilidade dos profissionais, das normas e rotinas do setor e percepção de continuidade dos cuidados de enfermagem sob a visão da equipe que irá receber o plantão, quais, são considerados mecanismos locais de regulação conforme corroborado por Abreu

(2003). Este mesmo autor considera que a análise do funcionamento coletivo não deve ser inerente somente à cultura organizacional, mas, a partir do conhecimento da ação e dos mecanismos locais de regulação, tornando os comportamentos imprevisíveis e não lineares.

Os fatos descritos são percebidos nas falas: “Um paciente fazendo quimioterapia, só queria tomar banho após o procedimento, pela tarde. Quando eu falei com a enfermeira ela não gostou e disse que a rotina é pela manhã! Falei com o professor e ele falou com a enfermeira, mas, não foi permitido. Levamos o paciente para o banho com o suporte da medicação. Se eu fosse a enfermeira da unidade, explicaria para a colega do turno seguinte que o paciente não queria tomar banho no leito e gostaria também de tomar após a quimioterapia” (Entrevistado 1); “Respeitar o estilo de vida é muito importante, mas, existem coisas que são inviáveis. Acho desumano dar banho de madrugada, com temperatura fria. Se fosse um paciente que deambulasse ou se eu fosse a enfermeira do dia inteiro, poderia atender ao pedido” (Entrevistado 8); “A pessoa vem para o hospital, já tem a rotina toda alterada pelo fato de sair de sua casa. É obrigado a tomar banho no horário em que ele não está acostumado. Eu faria de tudo para está atendendo. Tentaria convencer de que seria melhor tomar o banho pela manhã, caso não aceitasse, informaria que estaria abrindo uma exceção. Pois, tem a questão da rotina também, está mudando naquele momento não seria algo tão fácil” (Entrevistado 9); “Depende muito do profissional que vai receber o plantão” (Entrevistado 14).

Uma segunda situação trabalhou a hipótese do que fazer ao ser responsável pelos cuidados de uma paciente idosa que se recusava ser atendida por um profissional de enfermagem do sexo masculino.

Cerca de 66,6% tentariam convencer a paciente de ser cuidada por um profissional do sexo masculino, caso não aceitasse, trocariam o profissional escalado: “Iria conversar com a paciente de que todos são profissionais, mas, que eu entenderia. Então faria uma troca” (Entrevistado 1). Outros 33,3% trocariam imediatamente, sem questionar, entre as justificativas: “[...] é uma questão de respeito!” (Entrevistado 4); “Trocariam imediatamente. Pois, eu acho que a paciente sabe que somos todos profissionais, o fato é não se sentir bem, não querer mesmo [...]” (Entrevistado 12).

O último caso criado para a percepção da reflexividade levou em consideração a possibilidade de administrar uma medicação errada. Então, foi questionado o que eles fariam ao perceberem o erro, em um contexto de que estariam sendo supervisionados pelo professor e onde as práticas seriam avaliadas utilizando a nota como critério de aprovação ou reprovação. O objetivo destas duas últimas provocações foi perceber a conduta do estudante

frente às situações que envolvem conceitos morais e éticos que necessitam do talento artístico profissional descrito por Schon (2000).

As opiniões foram uníssonas para a postura de comunicar imediatamente, independente das conseqüências. Contudo, as causas que levaram a esta escolha foram bem diferenciadas, de acordo com as concepções de valores de cada um: “Meu Deus, Ave Maria! Se estivesse gotejando eu desligava imediatamente a medicação e falaria logo para a professora, independente das conseqüências. Se me reprovasse, eu iria falar que eu errei e iria pedir que ela repensasse e não me reprovasse” (Entrevistado 1); “[...] qualquer conseqüência da minha prática quem vai responder é o preceptor” (Entrevistado 2); “Entraria em pânico [...] Iria sentir medo das conseqüências de informar ao professor, mas, o medo maior seria de trazer danos ao paciente” (Entrevistado 3); “Se o professor me reprovar, reprovou. Não vai está levando em consideração que eu fui honesta [...]” (Entrevistado 7); “De repente o erro foi do aluno ou ele não estava sendo devidamente supervisionado. O erro não significa que o aluno não está estudando” (Entrevistado 13); “Se o professor me reprovasse, eu admitiria o meu erro” (Entrevistado 15).

Um outro aspecto a considerar foram as expressões de medo frente ao erro. Por considerá-lo como uma falha passível do ser humano, esta situação reforça a necessidade de se implementar a política de humanização ou implantar outros processos formativos no tocante da percepção sobre o profissional de saúde, baseado nos conceitos de autores como Canário (2003), Bermejo (2008) e Pasche e Passos (2010).

Na tentativa de perceber o que estes sujeitos compreendiam por ser cuidado humanizado em saúde, foram realizados questionamentos sobre alguns instrumentos válidos para a humanização da assistência, preconizados pela Política Nacional de Humanização em Saúde. (PASCHE; PASSOS, 2010)

Foram citadas as cores e o som na ambiência, a utilização do brinquedo terapêutico nas clínicas pediátricas, o apoio religioso e o toque terapêutico. A reflexão sobre a inserção destes instrumentos na prática assistencial foi feita a partir da vivência de cada um. (SCHON; 2000) Segue as falas: “Não gosto do branco. O hospital é um lugar estranho ao paciente e ainda todo mundo de branco [...]” (Entrevistado 9); “O som ajuda bastante, pois, distrai. Contudo, na enfermaria, tem vários gostos musicais” (Entrevistado 6); “O brinquedo terapêutico, pois, a criança sofre por está internada, quer sempre brincar. Acredito que reduziria o impacto da hospitalização” (Entrevistado 1); “O apoio religioso é importante, pois, a religião é um dos principais refúgios que as pessoas usam para resolver seus problemas”

(Entrevistado 1); “O toque terapêutico é muito importante. Pode ser realizado pela equipe e ensinado aos familiares” (Entrevistado 12).

Em seguida, foram feitas perguntas para tentar identificar, de forma indireta, a percepção de cada um sobre humanização. Foram questionados se algum motivo já levou a tratar algum paciente ou familiar com frieza. A maioria, em percentual de 80% dos entrevistados, afirmou nunca ter tratado algum paciente ou familiar com frieza.

Os motivos para não tratar com frieza o paciente ou familiar foram centrados na idéia de que por mais que os pacientes ou a família estejam estressados, são doentes. (PASHE; PASSOS, 2010) Então, o profissional deve se colocar no lugar do paciente, conforme as falas: “Até os que me tratam com um pouco de frieza eu tento tratar com um sorriso” (Entrevistado 1); “Por mais que cheguem estressados, são doentes, estão sofrendo” (Entrevistado 5); “Para realizar uma punção venosa ele disse que as técnicas de enfermagem já tinham tentado várias vezes e que não queria que uma estudante fosse tentar. O paciente já me tratou com frieza, mas, eu não fiquei fria com ele” (Entrevistado 11). A melhor solução para situações problemáticas se constitui na reflexão na ação. (SCHON, 2000)

Em minoria, 20% dos entrevistados disseram que algum motivo já fez com que tratassem o paciente com frieza: “Tratei o paciente com frieza, pois, ia cuidar do paciente e o familiar disse que não queria o estudante. Foi um pouco grossa. Tentei ser o mais profissional possível e depois eu repensei como eu me comportaria com meu familiar naquela situação, um estudante não tem toda a perícia para realizar” (Entrevistado 2); “Já tratei com frieza a filha que estava acompanhando a mãe internada. Ela maltratava a mãe, gritava na enfermaria, isto me causou um bloqueio com o familiar. Cheguei até conversar para ela não tratar a mãe assim, mas [...]” (Entrevistado 3).

Em uma tentativa de provocar as respostas, os estudantes foram questionados se já perderam a paciência com algum paciente ou familiar. A maioria dos estudantes respondeu que nenhum motivo levou à perder a paciência com o doente ou familiar, representando 86,6% dos entrevistados. Por outro lado, 13,3% afirmaram que já perderam a paciência.

As falas dos entrevistados que nunca perderam a paciência com o paciente foram representadas da seguinte forma: “Na condição de estudante, eu acho que é muito pouco tempo na unidade para se estressar” (Entrevistado 6); “Nós não somos as únicas referências, existem outros profissionais” (Entrevistado 3).

Os estudantes que já perderam a paciência justificaram suas atitudes da seguinte forma: “A acompanhante ia dar banho no paciente e pegou várias luvas. Falei que seriam somente duas por paciente, contudo, a acompanhante falou que no serviço público o gasto era

delas. Acho que no serviço público se você não usa racionalmente fica complicado” (Entrevistado 2); “O paciente não. Mas, o professor é que tira nossa paciência. Às vezes a gente está nervosa e o professor enche o saco” (Entrevistado 7).

Nesta última situação apresentada, alguns estudantes justificaram que a condição de estudante poderia ser um distanciador para o atendimento às necessidades dos pacientes. Este fato foi justificado por não ser, o estudante de enfermagem, a única referência para o paciente. Além disso, o fato do estudante passar pouco tempo com os enfermos. Estas situações tendem a reduzir a chance dos estudantes desenvolverem estresse e perderem a paciência com os pacientes, conforme fala: “Nunca perdi a paciência com o paciente, visto que, não somos as únicas referências, existem outros profissionais” (Entrevistado 3).

Por outro lado, o maior quantitativo de justificativa pela perda da paciência é relacionado à conduta da família ou outros contextos e não diretamente pelas condutas dos pacientes. Neste sentido, uma citação foi diferencial, pois, abordou a perda de paciência na assistência devido à pressão do professor: “O paciente nunca me fez perder a paciência, mas, o professor sim. Às vezes a gente está nervosa e o professor fica enchendo o ‘saco’” (Entrevistado 7).

Com intuito de reforçar a percepção sobre a assistência ao paciente e família, os entrevistados foram questionados se já tiveram a sensação de que algum paciente ou familiar fossem seus inimigos. Nesta questão, 93,3% nunca tiveram a sensação de que o paciente ou familiar fossem seus inimigos e 6,6% já tiveram esta sensação.

O sentido de ação “mecânica” para os cuidados de enfermagem foi aplicado nas entrevistas como ações que se repetem como força do dia a dia. Sem a preocupação da assistência de forma integral e individualizada ao paciente, contrapondo a idéia de que cada ser possui necessidades diferentes. Para esta discussão retomo aos conceitos da “pedagogia bancária” atribuída por Paulo freire e faço uma analogia à assistência em saúde. Assim, como o estudante era submetido ao “depósito” de conhecimentos, o paciente é submetido a um “depósito” de técnicas de enfermagem sem a preocupação individualizada. (FREIRE, 2009)

Dos entrevistados, 93,3% já desempenharam ações de forma automática, sem perceberem ou refletirem o contexto, fruto de uma ação de caráter reprodutor no dia a dia do trabalho: “A medicação, quando o preceptor te questiona o porquê, você fica preocupado com a técnica. Não procura raciocinar porque você está fazendo aquilo, qual o motivo, correlação com a patologia. Muitas vezes não consegue visualizar outras necessidades do paciente. Quando isto ocorre, tento repensar minha postura, sair do discurso [...]” (Entrevistado 2).

Outras percepções dos estagiários sobre a reprodução de técnicas, sem respeitar a individualidade preconizada em ações humanizadoras (BERMEJO; 2008): “No início, quando ia fazer uma punção eu tinha muito mais cuidado com a forma de abordar o paciente. Hoje, eu faço já sem conversar com o paciente. Acredito que seja devido à prática do dia-a-dia. Ao agir assim, tento voltar ao que eu era no início. Já me peguei várias vezes pensando sobre isto” (Entrevistado 3); “A enfermagem é assim [...] no início usa-se a técnica correta, depois, as pessoas já sabem o que vão fazer. Então, fazem as técnicas sem nem perceber o que estão fazendo” (Entrevistado 5); “Certo momento, ao tentar puncionar uma veia, fiquei mais preocupado com a técnica do que com o paciente. A professora em cima de mim para puncionar uma veia, então, eu esqueci que o paciente estava ali sentindo dor. Acho que é culpa do professor também que deixa a gente muito agoniada” (Entrevistado 6). Em contradição, cerca de 6,6% afirmaram que nunca fizeram ações automáticas, entre as justificativas: “A gente ainda não chegou a fazer muitas vezes. Não chegou ainda a ser automático”. (Entrevistado 1)

A concepção sobre o “ato mecânico” passou a ser relacionada com a experiência de cada um no procedimento, a quantidade de vezes que já executou aquela ação e o grau de complexidade, conforme citação: “Chega um momento que isto acontece. Tem determinados procedimentos que você está tão acostumado a fazer. Parece que nem pensa antes de fazer. Eu fiz uma intra-muscular que foi automático. Peguei o material, fiz de acordo com o conhecimento, foi fluído. Diferente de uma sonda que eu fiz poucas vezes. Então, quando eu passo a sonda, faço como se fosse a primeira vez, chamo a professora para minha segurança [...]” (Entrevistado 7). Outro achado foi a importância da postura do professor diante do estagiário que está realizando algum procedimento. Se a relação professor e aluno não flui harmoniosamente, o estudante sente-se pressionado e na hora do procedimento tende a se preocupar exclusivamente com a técnica, esquecendo da preocupação com o paciente e do que passa no subjetivo daquela ação, tal como salientado nesta fala: “A professora ‘em cima’ de mim para puncionar uma veia, então, eu esqueci que o paciente estava sentindo dor, somente me preocupei em seguir o passo a passo da técnica. Acho que é culpa do professor que deixa a gente muito agoniado” (Entrevistado 6).

Após discutir a ausência de reflexividade configurada por ações mecânica, os estudantes foram provocados para falarem sobre o nível de compreensão sobre os sentimentos dos pacientes. Por considerar o sentimento como uma sensação personalizada, onde sua percepção é subjetiva, esta discussão agrega os conceitos ditos por Schon (2000). O nível de

compreensão de cada estudante em relação ao paciente foi classificado como: sempre compreendem, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca compreendem.

Muitos afirmaram que sempre compreendem os pacientes pela necessidade de olhá-los de forma integral, por se colocar no lugar do outro, por já ter vivido situações desagradáveis e não desejar isto para ninguém. A importância da metodologia de ensino para que seja dado valor ao “ouvir” o outro. O “frequentemente” foi citado, muitas vezes, pelo fato de considerarem o sempre como uma perfeição e pela convicção de que todos são susceptíveis às falhas, pela complexidade dos sentimentos para a compreensão humana. A assertiva “algumas vezes” foi justificada pela concepção do conhecimento e decisão sobre o outro. Por saber que o paciente tem o direito de decidir sobre seu tratamento, assim como, o conhecimento não é vertical, exclusivo dos profissionais da saúde para os pacientes. Estas convicções expressaram situações que dificultam a compreensão dos profissionais em relação aos sentimentos dos enfermos. Os graus de compreensão que os estudantes têm em relação aos pacientes são representados no Gráfico 18 abaixo:

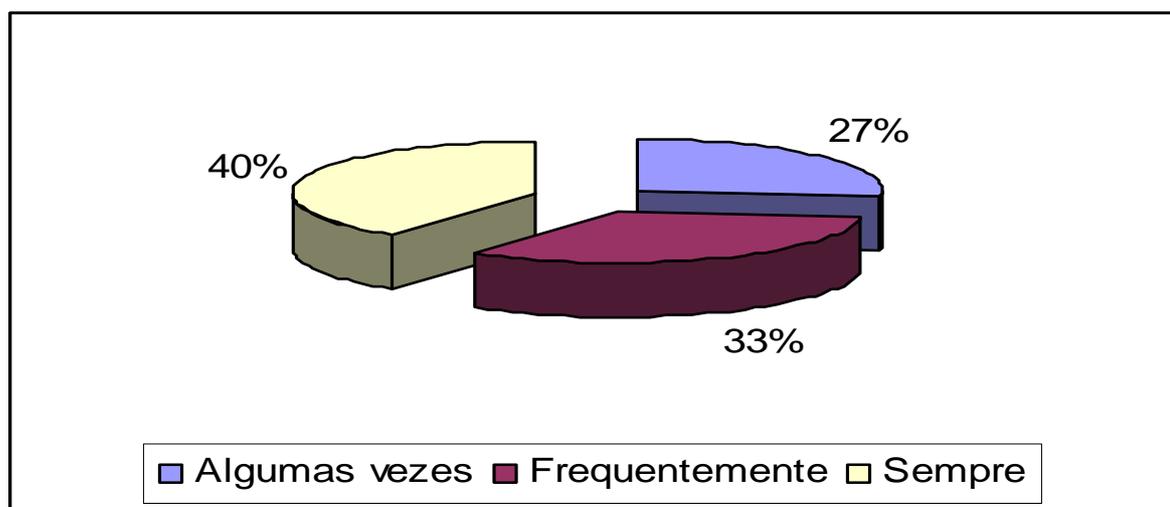


Gráfico 18: Níveis de compreensão sobre os sentimentos dos enfermos
Fonte: Entrevista

A maior parte dos entrevistados afirmou que sempre compreendiam facilmente os sentimentos dos pacientes, conforme os depoimentos que seguem: “Uma professora de bases desenvolveu esta percepção da gente olhar o paciente com ‘todos os olhos’, tentar compreender a comunicação não verbal. Ela trouxe vários textos e estudos de casos que falavam sobre o desenvolvimento da percepção do profissional de saúde” (Entrevistado 3); “Eu venho de uma família humilde e já passei situações de emergência, que interferiu socialmente, burocratizando a assistência. Pareço que sou durão, mas compreendo muito bem

os sentimentos de ansiedade e dor. Isto me deixou sensível, jamais desejo isto para alguém. Não basta só dizer que não faz o procedimento, tem que explicar porque não faz” (Entrevistado 5); “Um artigo dizia que a enfermeira era a brisa suavizante na vida do paciente. Na aflição eu vou, seguro na mão, explico o procedimento. Tenho este tempo, pois, ainda sou estudante. Como profissional eu vou ter que priorizar algumas coisas. Então, meus colegas me chamavam de ‘brisa suavizante. A partir do momento que o enfermeiro tem um olhar diferente para cada paciente e o professor tem um olhar diferente para cada aluno, a educação vai além dos muros da universidade, ninguém só ensina e ninguém só aprende como diz Paulo Freire, somos incompletos e inacabados. A partir desta concepção poderemos ser educados. Se meus professores lessem Paulo Freire, Piaget, Vigotisk [...]” (Entrevistado 7).

Os estudantes que afirmaram compreender frequentemente os sentimentos dos pacientes representaram 33,3% das respostas: “A expressão “Sempre” é muito [...] quem sou eu para ser sempre. Você pode não está bem neste momento”, “Sou observadora quando posso, dá pra perceber algumas coisas”, “não posso dizer sempre. Uma mãe não queria que o pai visse o bebê internado. A gente entende, mas, para mim a presença do pai é essencial”, “Sentimento é muito individual e particular. É difícil você compreender uma pessoa que já conhece há muito tempo, quanto mais, uma pessoa que você conhece naquela situação. Dá para perceber através da fisionomia, com a visão de se colocar no lugar do outro, não tomar as dores, mas, se colocar no lugar do outro”.

Dos sujeitos deste estudo, 26,6% responderam que algumas vezes compreendiam o paciente. Justificaram suas respostas da seguinte forma: “Não sou nenhum *expert* em percepção para dizer que sempre percebo o sentimento do paciente. Mas, muitas vezes, conversando ou pela expressão, a gente consegue identificar algumas necessidades do paciente. Não percebo frequentemente, pois, falta experiência da minha parte” (Entrevistado 9).

A pesquisa de campo possibilitou a percepção sobre a reconstrução do saber sob o ponto de vista dos estudantes. Basta compreender como este aprendizado foi pensado nas intenções curriculares apresentadas a seguir.

4.2 PESQUISA DOCUMENTAL

Na pesquisa documental os programas de disciplinas foram analisados conforme as variáveis Objetivos e Conteúdos programáticos. Nestas variáveis foram identificados descritores para humanização da assistência conforme as categorias de análise: “Preocupação com o paciente”, “Percepção das necessidades do profissional” e “Percepção das estruturas”.

4.2.1 Percepção sobre humanização nos programas de disciplinas do curso de Enfermagem

Quanto ao grau para humanização utilizando a variável objetivo das disciplinas do currículo procurou-se analisar a expressividade do currículo quanto a presença de descritores para humanização nas categorias acima mencionadas. O Gráfico 19 demonstra o grau para humanização observado nos programas de disciplinas, levando em consideração a variável objetivo:

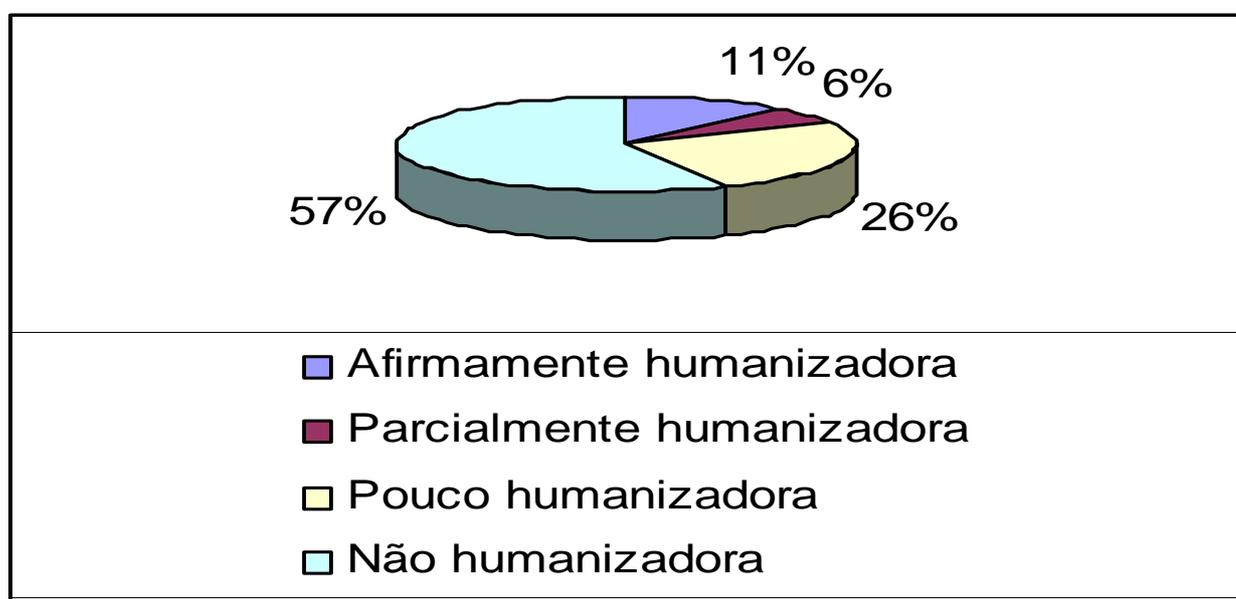


Gráfico 19: Percepções sobre humanização no Currículo x Objetivo
Fonte: Objetivos dos Programas de Disciplinas do Currículo

Foram consideradas disciplinas “Afirmativamente humanizadoras” em relação aos objetivos as que tiveram, em seus Programas de Disciplinas, descritores para humanização em

todas as categorias de análise relacionadas à variável objetivo. Neste sentido, foram consideradas as seguintes disciplinas: *Enfermagem e sociedade*; *Exercício da enfermagem*; *Educação em saúde*; *Bases teóricas e técnicas de enfermagem*.

Em relação à categoria de análise “Preocupação com o paciente”, foram evidenciados os descritores: “Discutir conceitos que fundamentam os aspectos econômicos, culturais, políticos e ideológicos da organização da sociedade” (*Enfermagem em sociedade*); “[...] valor pessoal e sua relação com os Direitos humanos” (*Exercício da enfermagem*); “[...] importância da escuta acolhedora [...]” (*Educação em saúde*); “Discutir as necessidades humanas básicas [...]” (*Bases teóricas e técnicas de enfermagem*).

No tocante da categoria “Percepção sobre o profissional” na condição de agente do cuidado, registraram-se as seguintes descrições: “[...] analisar a evolução das práticas de saúde [...]” (*Enfermagem em sociedade*); “[...] responsabilidade e compromisso na escala de valores pessoais e profissionais” (*Exercício da enfermagem*); “[...] percepção e interesse pelo outro [...]” (*Educação em saúde*); “Compreender o ser humano em suas dimensões biopsicoespirituais no processo saúde doença enquanto cliente da enfermagem” (*Bases teóricas e técnicas de enfermagem*).

Foi percebido o teor humanizador na categoria “Percepção sobre os recursos” através das descrições: “Reconhecer a situação da enfermagem relativa a mercado e condições de trabalho” (*Enfermagem em sociedade*); “Expressar a compreensão sobre biodiversidade. Debater sobre responsabilidade [...] sobre a preservação da vida no planeta” (*Exercício da enfermagem*); “[...] escuta nos espaços onde se processa a atenção à saúde” (*Educação em saúde*); “reconhecer as implicações da hospitalização na vida cotidiana do paciente” (*Bases teóricas e técnicas de enfermagem*).

Os objetivos foram percebidos de forma “Parcialmente humanizadores”, ou seja, descritores para o aprendizado sobre humanização apareceram em apenas duas categorias de análise. Este fato foi evidenciado nas disciplinas: em *Enfermagem psiquiátrica e saúde mental* e *Administração e planejamento em serviços em saúde*.

O programa de curso de enfermagem psiquiátrica e saúde mental possuiu descritores nas categorias preocupação do paciente e percepção do profissional. Em relação à preocupação com o paciente foi considerado como descritor a expressão: “[...] sofrimento psíquico”. A percepção sobre o profissional foi evidenciada em frases tipo: “[...] instrumentalizando-o para atuar na assistência de enfermagem frente ao indivíduo e família em sofrimento psíquico”.

Na disciplina *Administração e planejamento dos serviços de saúde*, os descritores foram evidenciados nas categorias percepção sobre o profissional e percepção sobre os recursos. Em relação à percepção profissional, foram identificadas descrições como: “cultura e poder nas organizações de saúde”. A percepção sobre recursos foi identificada em descrições tipo: “Condições de trabalho: aspectos ergonômicos, planta física”.

As disciplinas classificadas como “Pouco humanizadoras” tiveram, em seus Programas de Disciplinas, descritores em apenas uma categoria de análise relacionada aos objetivos. Foram identificadas as disciplinas: *Biologia I*; *Introdução à sociologia*; *Antropologia filosófica*; *Fisiologia I*; *Epidemiologia*; *Enfermagem em clínica cirúrgica I*; *Enfermagem na atenção a saúde do idoso*; *Enfermagem na atenção à saúde da mulher*; *Estágio curricular em rede básica*.

A única disciplina considerada “Pouco humanizadora” qual o descritor foi evidenciado na categoria preocupação com o paciente foi *Biologia I*, através da análise desta descrição: “Analisar as ciências biológicas como experiência de grande significação para o homem, abrindo-lhes espaços para a conquista de melhores condições de sobrevivência e bem-estar”.

Descritores para percepção dos estudantes quanto às necessidades do profissional foram identificados nas disciplinas *Introdução à sociologia*, *Antropologia filosófica*, *Enfermagem em clínica cirúrgica I*, *Enfermagem na atenção à saúde do idoso*, *Enfermagem na atenção à saúde da mulher* e *Estágio supervisionado em rede básica* da seguinte forma: “[...] discussão interdisciplinar da sociologia e da enfermagem” (*Introdução a sociologia*); “Estudar os temas básicos relativos ao ser humano tais como [...] o espírito; a contradição entre vida e morte; a liberdade e eticidade no ser humanos” (*Antropologia filosófica*); “Identificar os problemas de enfermagem dos pacientes, correlacionando as necessidades básicas afetadas” (*Enfermagem em clínica cirúrgica I*); “Levantar princípios que regem a assistência de enfermagem ao idoso no contexto biopsicossocial [...]” (*Enfermagem na atenção ao idoso*); “Capacitar o estudante para analisar os processos de adoecimento e morte da população feminina, a partir de contextos específicos de gênero, classe, etnia e cor” (*Enfermagem em atenção à saúde da mulher*); “Desenvolver a capacidade de crítica, analítica e instrumental para o trabalho com pessoas, famílias, grupos específicos e comunidades [...]” (*Estágio em rede básica de saúde*).

Em relação à categoria de análise “Percepção sobre os recursos”, foram identificados descritores nos programas de cursos de *Fisiologia I* e *Epidemiologia*, tais como: “Integração de diversos sistemas na manutenção da homeostase” (*Fisiologia I*); “Propiciar a compreensão sobre os processos saúde-doença em populações, [...] sua dinâmica espacial” (*Epidemiologia*).

Algumas disciplinas consideradas como “Não humanizadoras” assim foram classificadas por não apresentarem descritores que sugerissem uma proposta de formação para humanização da assistência em saúde relacionados aos objetivos dos Programas de Curso, considerando todas as categorias de análise, nas disciplinas à seguir: *Anatomia I; Histologia I; Bioquímica III; Metodologia do trabalho científico; Psicologia I; Microbiologia I; Parasitologia humana I; Biofísica IV; Farmacologia I; Processos gerais em patologia I; Estatística V; Introdução à nutrição; Vigilância a saúde; Enfermagem em saúde coletiva; Enfermagem em clínica cirúrgica II; Enfermagem na atenção a saúde da criança e do adolescente; Enfermagem em bloco cirúrgico e central de material e esterilização; Trabalho de conclusão de curso I; Estágio curricular supervisionado I; Estágio curricular supervisionado II.*

Quanto ao grau para humanização utilizando a variável conteúdo programático das disciplinas procurou-se avaliar a presença de descritores para humanização em todos os conteúdos programáticos do currículo em estudo, nas três categorias propostas: “Preocupação com o paciente”, “Percepção das necessidades do profissional” e “Percepção das estruturas”. Os resultados foram expressos graficamente:

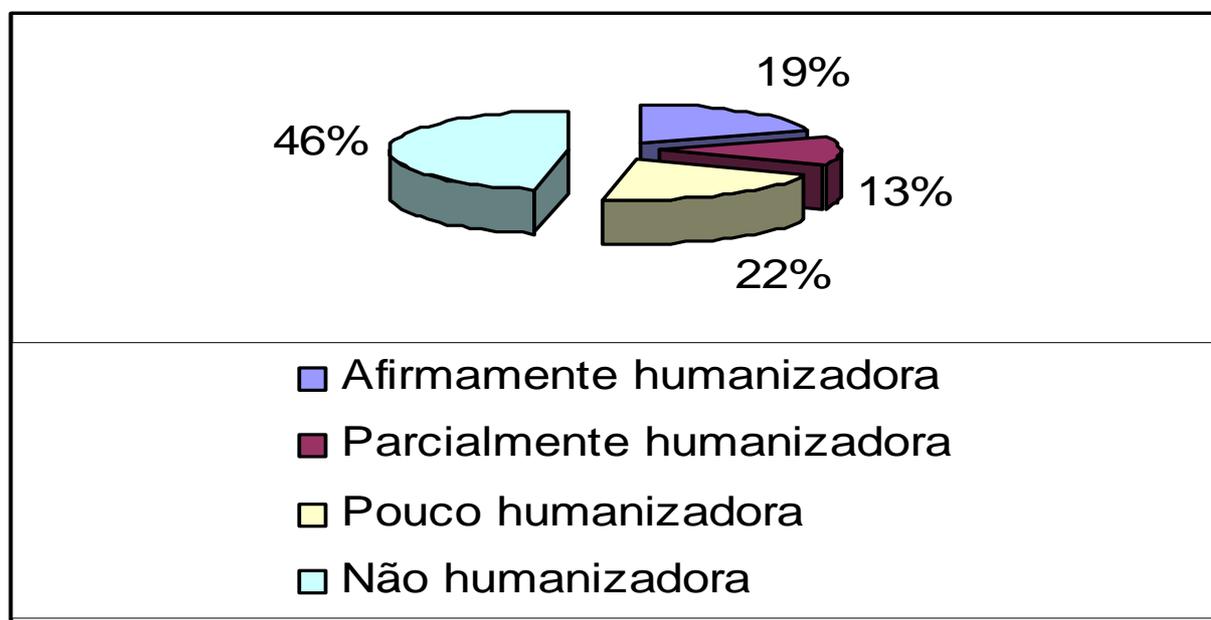


Gráfico 20: Percepções sobre humanização no Currículo x Conteúdo programático das disciplinas
Fonte: Conteúdos programáticos dos Programas de Disciplinas do Currículo

As disciplinas consideradas “Afirmativamente humanizadoras” em relação à variável “conteúdos” foram as que, ao terem seus conteúdos programáticos analisados, foram identificados descritores para humanização em todas as categorias. Neste sentido, foram

consideradas as seguintes disciplinas: *Antropologia filosófica*, *Enfermagem em sociedade*, *Exercício da enfermagem*, *Educação em saúde*, *Bases teóricas e técnicas de enfermagem*, *enfermagem na atenção à saúde do idoso*.

Em relação à categoria de análise sobre a preocupação dos estudantes com o paciente, foram identificados os seguintes descritores: “[...] o homem como ser de contradição paradoxal” (*Antropologia filosófica*); “Gênero, sociedade, Estado, política, consciência, ideologia [...]” (*Enfermagem e sociedade*); “Direitos humanos, direitos dos pacientes e direitos do consumidor” (*Exercício da enfermagem*); “A ‘escuta’, a percepção e o olhar no trabalho educativo em saúde” (*Educação em saúde*); “Auto-cuidado”, “Necessidade de segurança”, “Necessidade psico-espiritual” (*Bases teóricas e técnicas de enfermagem*); “Necessidades humanas básica do idoso: fisiológica, psicológica”, “Idoso e auto-dependência e a necessidade de autonomia: dependência sócio-econômica, dependência psíquica, dependência física” (*Enfermagem na atenção à saúde do idoso*).

Em relação à percepção dos estudantes sobre as necessidades dos profissionais como agentes cuidadores, a humanização da assistência em saúde foi percebida nas descrições: “[...] o homem como ser de contradição paradoxal” (*Antropologia filosófica*); “Gênero e enfermagem: as mulheres e a profissão” (*Enfermagem e sociedade*); “[...] responsabilidade e compromisso na escala de valores pessoais e profissionais” (*Exercício da enfermagem*); “[...] percepção e interesse pelo outro [...]” (*Educação em saúde*); “Compreender o ser humano em suas dimensões biopsicoespirituais no processo saúde doença enquanto cliente da enfermagem” (*Bases teóricas e técnicas de enfermagem*); “Levantar princípios que regem a assistência de enfermagem ao idoso no contexto biopsicossocial [...]” (*Enfermagem em atenção à saúde do idoso*).

Em relação à categoria percepção dos estudantes sobre os recursos, foram identificados os descritores: “[...] o equilíbrio entre as exigências materiais e espirituais” (*Antropologia filosófica*); “[...] processo de trabalho [...]” (*Enfermagem e sociedade*); “Biotecnologia e o [...]” (*Exercício da enfermagem*); “Instrumentos utilizados nas ações de educação em saúde: entrevistas, vídeos, dinâmicas de grupo” (*Educação em saúde*); “O significado da hospitalização e suas implicações” (*Bases teóricas e técnicas de enfermagem*); “Medicamento no idoso: fatores econômicos e sociais” (*Enfermagem na atenção à saúde do idoso*).

O grau “Parcialmente humanizador” para as intenções dos conteúdos programáticos foi atribuído aos programas de curso que tiveram descritores em duas categorias de análise,

identificados nas disciplinas: *Introdução à sociologia, Psicologia I, Enfermagem psiquiátrica e saúde mental, Estágio curricular em rede básica*.

As disciplinas *Introdução à sociologia, Psicologia I e Enfermagem em psiquiatria e saúde mental* tiveram, em seus conteúdos programáticos, descritores evidenciados para as categorias preocupação dos estudantes com o paciente e percepção sobre o profissional. Enquanto que, em estágio supervisionado em rede básica os descritores foram sinalizados nas categorias percepção sobre o profissional e percepção sobre os recursos.

Na categoria “Percepção sobre o paciente”, foram identificados os seguintes descritores: “Exclusão social e pobreza” (*Introdução à sociologia*); “Processos psicológicos básicos: cognição, emoção, percepção, motivação, aprendizagem e linguagem” (*Psicologia I*); “O corpo como unidade” (*Enfermagem psiquiátrica e saúde mental*).

Em relação à categorização para percepção sobre o profissional foram identificados os descritores: “Exclusão social e pobreza” (*Introdução à sociologia*); “Processos psicológicos básicos: cognição, emoção, percepção, motivação, aprendizagem e linguagem” (*Psicologia I*); “Relações interpessoais: enfermeiro X paciente x família x equipe” (*Enfermagem psiquiátrica e saúde mental*); “Operacionalizar o conceito de território identificando as principais características sanitárias, sociais, políticas e culturais de determinada área de abrangência [...]” (*Estágio supervisionado em rede básica*).

Na categoria “Percepção sobre recursos”, somente a disciplina estágio supervisionado em rede básica apresentou descritor, tal como: “Atuar na unidade básica de saúde, entendendo sua dinâmica de funcionamento e identificando os recursos ali existentes para o enfrentamento do problema”.

Foram consideradas “Pouco humanizadoras” em relação à avaliação dos conteúdos programáticos, todas as disciplinas que tiveram descritores em apenas uma das categorias de análise. Esta situação foi identificada nas disciplinas: *Introdução à nutrição, Vigilância a saúde, Epidemiologia, Enfermagem em clínica cirúrgica I, Enfermagem na atenção à saúde da mulher, Enfermagem na atenção à saúde da criança e do adolescente, Enfermagem em bloco cirúrgico e centro de material e esterilização*.

Na categoria “Percepção sobre o paciente” foi identificado descritor na disciplina *Enfermagem na atenção à saúde da mulher*, como exemplificado: “Aspectos biopsicossociais no parto: uma abordagem perspectiva de gênero”.

Em relação à categoria “Percepção dos estudantes sobre os profissionais como agentes do processo de cuidar”, foram observados descritores nas disciplinas *Enfermagem em clínica cirúrgica I, Enfermagem na atenção à saúde da criança e do adolescente e Enfermagem em*

bloco cirúrgico e central de material e esterilização, conforme visto nas descrições: “Traçar, executar e avaliar plano assistencial de enfermagem a fim de atender as necessidades afetadas decorrentes do desequilíbrio cardiovascular” (*Clínica cirúrgica I*); “Preparar a criança e o adolescente para procedimentos dolorosos” (*Enfermagem em atenção à saúde da criança e do adolescente*); “Recursos humanos: formação, [...] e processo de comunicação” (*Bloco cirúrgico e central de material e esterilização*).

As disciplinas *Introdução à nutrição*, *Vigilância à saúde* e *Epidemiologia* trouxeram descrições que sugeriram uma formação para percepção sobre os recursos, tais como: “Condição higiênico-sanitária dos alimentos” (*Introdução à nutrição*); “As vigilâncias em saúde: [...] ambiental” (*Vigilância a saúde*); “Saúde ambiental e ocupacional” (*Epidemiologia*).

Foram consideradas “Não humanizadoras” todas as disciplinas desprovidas de conteúdos programáticos com intenções para uma formação voltada à humanização da assistência, nas três categorias de análise. Estes caracteres foram identificados nas seguintes disciplinas: *Biologia*, *Anatomia I*, *Histologia I*, *Bioquímica III*, *Metodologia do trabalho científico*; *Fisiologia I*, *Parasitologia humana I*, *Biofísica IV*, *Farmacologia I*, *Processos gerais em patologia I*, *Estatística V*, *Enfermagem em saúde coletiva*, *Enfermagem em clínica cirúrgica II*, *Administração e planejamento em serviços de saúde*, *Trabalho de conclusão de curso I*.

Existiram disciplinas com graus semelhantes para humanização em relação as duas variáveis do estudo. Este resultado foi possível ao se comparar as análises entre as duas variáveis deste estudo. Ao utilizar esta estratégia foi possível identificar disciplinas que foram classificadas com o mesmo grau para humanização da assistência, tanto para a variável “objetivos”, quanto para a variável “conteúdos programáticos”.

As disciplinas *Enfermagem em sociedade*, *Exercício da enfermagem*, *Educação em saúde* e *Bases teóricas e técnicas de enfermagem* tiveram descritores para todas as categorias nas variáveis objetivos e conteúdo. Por isso, foram classificadas como “Afirmativamente humanizadoras” nas duas variáveis.

A disciplina *Enfermagem psiquiátrica e Saúde mental* apresentou descritores em duas categorias, tanto para objetivos, quanto para conteúdo programático, sendo consideradas “parcialmente humanizadora” sob a vertente das duas variáveis.

Os programas de curso de *Epidemiologia*, *Enfermagem em clínica cirúrgica I* e *Enfermagem na atenção à saúde da mulher* somente tiveram descritor em uma das categorias de análise, sendo classificadas como “Pouco humanizadoras” nas duas variáveis do estudo.

Houveram também disciplinas que não apresentaram descritores nas categorias de análise, em ambas variáveis, tais como: *Anatomia I, Histologia I, Bioquímica II, Metodologia do trabalho científico, Parasitologia humana I, Farmacologia I, Processos gerais em patologia I, Estatística V, Enfermagem em saúde coletiva, Enfermagem em clínica cirúrgica II, Trabalho de conclusão de curso, Estágio curricular supervisionado I, Estágio curricular supervisionado II.*

O teor que inspira a ausência de descritores para humanização é observado na maioria das disciplinas do curso de enfermagem, consideradas “Não humanizadoras”. Estatisticamente, a ordem de prevalência, em ambas as variáveis deste estudo, foi definida a seguir: “Não humanizadoras”, “Pouco humanizadoras”, “Afirmativamente humanizadoras” e “Parcialmente humanizadoras”. Este resultado aponta para a falta de expressividade do saber sobre humanização no currículo.

Torna-se salutar o fato de embora este saber seja imprescindível na visão do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001) e dos autores como Bermejo (2008) e Pasche e Passos (2010) a análise do currículo contraria a realidade das necessidades de formação profissional em saúde. Agrava as preocupações discutidas por Sá (2010) sobre a fragmentação curricular. Assim como, está em desacordo com as características de vivacidade e dinamismo proferidas por Macedo (2004).

Embora não tenha tido expressividade nas intenções formativas percebidas pela análise do currículo, a percepção dos estudantes sobre humanização parecia menos tímida, porém, insuficiente. Estas observações confluem para uma construção do saber que faz referência aos outros resgates e não aos formalizados na academia.

A complexidade e valorização atribuída ao hospital como espaço para aprendizado é vista pela construção de novos saberes e não como meros repetidores de assuntos teóricos. Permite desenvolver habilidades e competências construídas somente por esta via. (ABREU; 2003; CANÁRIO, 2003)

Frente aos resultados, embora o saber sobre humanização da assistência possa ter sido discutido e trabalhado nos campos hospitalares, não houve espaço objetivo no currículo para este aprendizado que envolve nas condições de trabalho vivenciadas pelos aprendizes. Traz uma nitidez do distanciamento do currículo formal e do moral defendido por Macedo (2004).

Reconstruir saber no espaço do cotidiano das ações do enfermeiro representa a aquisição de um conjunto de saberes, interiorização de valores ou habilidades técnicas e mobilização de ações. Esta competência deve ser enfatizada na formação inicial para reduzir as dificuldades destes educandos em transferir as situações de formação para situações reais. Passa a ser uma

ação preventiva, visando diminuir as concepções de egressos do universo do saber que, ao chegarem em campo de trabalho, parecem perceber que a formação inicial foi deficitária. (CANÁRIO, 2003; SCHON; 2000)

Na análise documental, fez-se necessário não somente por uma percepção do currículo, provocou-se uma discussão sobre documentos que formalizam as intenções formativas do enfermeiro. Com esta finalidade, as propostas das *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem* foram comparadas com a proposta do Projeto Político Pedagógico da Instituição de Ensino em estudo. As percepções sobre esta análise foram colocadas a seguir.

4.2.2 Percepções sobre o Projeto Político Pedagógico do curso de enfermagem da UFBA e às *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem*

Esta discussão integra as avaliações documentais propostas nos passos metodológicos. Visa comparar e discutir as propostas da Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que institui as *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem* com a *Proposta Pedagógica do Curso de Graduação em Enfermagem* (PPCG) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), considerada como objeto deste estudo. Para esta finalidade, os artigos da referida Resolução foram interpretados e colocados, de forma textual, a conduzir uma análise que permita o retrato do curso de Graduação em Enfermagem da UFBA, através do PPCG em enfermagem, visando a compreensão das intenções formativas do ponto de vista dos seus mentores e em acordo com as Diretrizes curriculares nacionais.

Segundo o PPCG, a missão é ser uma unidade de ensino de enfermagem de excelência, capaz de fornecer condições para a formação de enfermeiros competentes e comprometidos com a saúde do ser humano em consonância com as políticas de saúde do país. No tocante do perfil dos egressos, consiste na formação de enfermeiro generalista, que compreenda as demandas de saúde da população, utilizando uma visão crítica e reflexiva do contexto sócio-econômico para os exercícios éticos e humanísticos da enfermagem, com responsabilidade profissional e compromisso com a cidadania. Este egresso deve desenvolver habilidades que perpassam desde o planejamento à prestação e organização da assistência dentro das balizas legais da profissão e do perfil epidemiológico em saúde, baseado em conhecimentos técnico-científico pertinentes às necessidades do indivíduo e da comunidade.

O perfil dos egressos foi descrito no art. 3 da Resolução, qual define que o enfermeiro constrói uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capaz de intervir sobre os problemas e situações de saúde e doença mais prevalentes, atendendo à dimensão bio-psico-social de seus determinantes.

Em síntese dos art. 4º, 5º, 6º e 7º, o egresso possui habilidades para a atenção à saúde no que corresponde à promoção, prevenção, proteção e reabilitação tanto em nível individual quanto coletivo, discernimento para a tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente, respeitando o caráter ético-legal. Deve contemplar conteúdos das Ciências Biológicas e da Saúde, as Ciências Humanas e Sociais e as Ciências da Enfermagem do ponto de vista dos fundamentos, assistência, administração e ensino. Em adicional, determina que, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluírem no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica e comunidades nos dois últimos semestres do curso de graduação. Em parágrafo único, acrescenta que a carga horária mínima do Estágio Curricular corresponde a 20% da carga horária total do curso. Estes pressupostos estão em total acordo com o PPCG em enfermagem da UFBA, conforme grade curricular em Anexo A e os programas de disciplina analisados.

Em relação às atividades complementares, o Art. 8º, descreve que cabe as Instituições de Ensino Superior contemplarem as Atividades Complementares, criando mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelos estudantes, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância como monitorias e estágios, programas de iniciação científica, programa de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. Neste sentido, o campo de estudo analisado, tem o objetivo de ampliar as possibilidades de aprendizagens teóricas e práticas em áreas correlatas através do aproveitamento das experiências extra curriculares. Neste sentido, coloca à disposição dos estudantes atividades de pesquisa, extensão, estágio, programas especiais, cursos, disciplinas de graduação, atividade curricular em comunidades e eventos acadêmico, totalizando uma carga horária de 102h, qual deve ser integrada ao currículo.

Nas modalidades de pesquisa e extensão são consideradas as atividades desenvolvidas pelos estudantes ou voluntários em projetos de pesquisa da Universidade ou vinculados à ela; na modalidade estágio são consideradas as atividades desenvolvidas sob essa denominação em campo de trabalho relacionado à área de saúde-enfermagem; nos programas especiais são identificadas atividades institucionais desenvolvidas pela UFBA, tais como: Programa Especial de Treinamento (PET), programa de Monitorias, Programa de Bolsas de Trabalho;

em relação à disciplinas de graduação, são oferecidos cursos de saúde e de idiomas; em relação à atividade curricular acadêmica e eventos acadêmicos, são consideradas as atividades vinculadas à UFBA e realizadas pelos estudantes nas comunidades.

No que tange as modalidades adotadas por cada IES, o Art. 11 da referida Resolução define que a organização do Curso de Graduação deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, qual será facultado à UFBA a escolha pela modalidade seriada semestral, seriada anual ou sistema de créditos ou modular. Neste sentido, o campo de estudo desenvolve suas atividades em caráter seriado semestral distribuído em nove semestres letivos que, ao final, recebe o título de Bacharel em Enfermagem.

Sobre a necessidade de elaboração de um trabalho de conclusão de curso, o art. 12 define que o estudante deverá elaborar um trabalho sob orientação docente. Esta exigência é apreciada através do *Trabalho de Conclusão de Curso* (TCC) 1 e 2, no oitavo e nono semestres.

No art. 13, consta que a formação de professores deve ser por meio da licenciatura plena. Contudo, no *Projeto Pedagógico do Curso* apresentado não há descrições sobre este item.

A estrutura do curso deverá assegurar a construção do conhecimento através da articulação entre ensino, pesquisa e extensão / assistência, atividades teórico – práticas de forma integrada e interdisciplinar, desenvolver o senso de cidadania, autonomia, implementação da metodologia no processo de ensinar e aprender, estratégias pedagógicas que articulem o saber, estímulo às discussões coletivas, valorização das dimensões éticas e humanísticas, articulação com a licenciatura em enfermagem (art. 14). Estes itens são citados também no PPCG em enfermagem. Contudo, não concebe à proposta da instituição, conforme instrumento avaliado, a licenciatura em enfermagem.

Segundo as deliberações do art. 15 da Resolução em análise, a implementação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem ser acompanhadas e avaliadas pelas Instituições, com o objetivo de permitir ajustes para o aperfeiçoamento. Versa ainda sobre as avaliações quais devem basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares, cabendo aos cursos definir os critérios de acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso. No currículo analisado, o processo avaliativo caracteriza-se por natureza processual, diagnóstica, formativa e somativa. Segundo PPCG, o mediador reporta-se ao estudante garantindo sua opinião e juízo. As avaliações são direcionadas para o saber, o saber – fazer e saber – ser. Como norteador, são avaliadas as dimensões de domínio do conhecimento e habilidades práticas, capacidade de agir diante de situações da prática,

envolvimento na organização de trabalhos individuais e em grupo, produção de textos, participação em projetos de pesquisa e extensão da escola ou conveniados.

Os arts. 9 e 10 e o parágrafo único do Art. 5 da Resolução CNE/CES de 7 de agosto de 2001 foram colocados de forma intencional ao final desta discussão por refletirem a importância deste estudo. No que cabe ao Art. 9, por compor uma descrição que aborda a importância de se discutir em coletividade, centrado no aluno e apoiado no professor como facilitador e mediador o processo ensino-aprendizado. Já no art. 10, o fato de definir que as diretrizes curriculares e o PPCG devem orientar o currículo do curso de graduação para um determinado perfil de egressos, constituindo para inovação e qualidade do PPCG.

Uma ênfase foi dada ao parágrafo único do art. 5 e por isto esta discussão foi colocada ao final, após uma visão mais ampla das definições colocadas anteriormente. A centralização neste artigo da Resolução é justificada por deliberar que a formação do enfermeiro deva atender as necessidades sociais da saúde com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar a integralidade, qualidade e humanização da assistência. Neste sentido, nota-se a relevância deste estudo que procurou integrar as intenções formativas com as percepções dos estudantes de graduação sobre o saber em relação à humanização da assistência, valorizando o aprendiz como um dos sujeitos da educação constituída de forma horizontal e humana, conforme conceitos de um dos grandes pensadores da educação, Freire (2009).

No próximo capítulo serão explicitadas as conclusões finais desta pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Ideologia, eu quero uma pra viver⁴

No mundo moderno, os sistemas educacionais são influenciados pela tecnologia e exigências da economia, política e da sociedade do conhecimento onde os saberes são efêmeros e o que é bom para a ciência hoje, amanhã pode não ser em uma velocidade cada vez mais fluida. Neste sentido, a mudança educacional está cada vez mais vinculada aos discursos da eficiência, da competitividade e da efetividade oriundas de um cenário capitalista. Contudo, a proposta de educação deve ser contínua e ao longo da vida para tornar este mundo empresarial mais hospitaleiro para a humanidade.

Inserida nesta preocupação, a formação dos profissionais da saúde e em especial dos enfermeiros, não deve somente idealizar uma assistência dita humanizada. Assim, correríamos o risco de sermos sufocados por uma ideologia utópica. Precisamos trabalhar a formação destes profissionais não somente com interesses em capacitá-los para as habilidades técnicas ou educação voltada para o mercado de trabalho. Pois, isto pode vir a ferir o eixo fundamental da universidade, ou seja, formar sujeitos em acordo com as suas qualidades e vocações para que a busca pelo aprendizado seja fruto de um desejo de conhecer sem, necessariamente, se deter à colocação futura.

Faz-se necessário que a formação envolva, com o mesmo vigor das habilidades técnicas, a educação pela cidadania, compreensão de um processo de cuidar em saúde realizado de um ser humano para outro, onde ambos têm suas necessidades e peculiaridades. Esta mudança de concepção na formação em saúde sustenta as bases que convergem para construção dos saberes profissionais através da formação de sujeitos autônomos, críticos e reflexivos.

A identificação das percepções dos sujeitos como fora proposto neste estudo, aproximou as convicções dos mesmos aos valores e influências que perpassam as relações no cotidiano do ofício do enfermeiro, resultando em respostas baseadas na realidade vivenciada.

Experimentaram ações que possibilitaram a re-construção dos saberes acadêmicos em saberes profissionais, entrelaçando o conhecimento teórico com a prática do enfermeiro e desempenhando as atividades em um ambiente de inter-relações. Contudo, o saber específico sobre humanização no âmbito do conhecimento, da autonomia e da reflexividade apareceram

⁴ Da música *Ideologia* de Cazuza e Frejat, 1980.

timidamente nas falas dos sujeitos, assim como, os regastes para a construção deste saber não foram enfatizados como originado de fonte acadêmica.

Nas expressões em que este saber se manifestou mais solidificado para os estudantes foi percebido influências ora do resultado de um processo educacional ao longo da vida do sujeito, construído pelo conjunto de valores morais, culturais e sociais que perpassaram a personalidade de cada participante. Ora como fruto das inter-relações nos estágios, quais serviram como subsídios para as ações destes aspirantes de enfermagem em situações não planejadas pertinentes ao ambiente de trabalho.

Em relação à percepção dos estudantes sobre a reconstrução do saber acadêmico sobre humanização ao vivenciarem as experiências no estágio hospitalar, há de se considerar as peculiaridades que atraem indivíduos cada vez mais jovens para a escolha da vida profissional. Além disso, o caráter destoante que se compreende o ensino superior fruto de passos (des) ritmados que alteram o sentido do processo de formação desde a educação infantil até a inserção ao universo do saber. Não obstante, o modo lacônico ou distante do que deveria ser considerado formal, contudo, é expresso muitas vezes em caráter subjetivo ou aparentemente esquecido nas intenções formativas, suscitando este saber no aspecto da moral durante as reações vivenciais do estágio supervisionado em enfermagem.

Ao analisar concepções como estas que divergem da essência da proposta de educação, observaram-se alguns equívocos, tais como, os que convergem para um pensamento sobre educação para empregabilidade, qual afasta o sujeito de uma formação para atender as necessidades sociais, tornando-os ao mínimo, ‘mecanicista’ em suas ações. Fato como este muito evidenciado nas falas dos participantes deste estudo.

Compreendendo o currículo como um arsenal em potencial para referências em determinados campos do saber, este instrumento acadêmico deve suscitar no sujeito uma transformação de conceitos que possibilite a construção de uma identidade profissional inserida no modo de acolher os sinais e demandas da sociedade.

Ao entrelaçar os olhares da hermenêutica sobre a proposta curricular com as características imbuídas ao saber, ficou fácil a compreensão do currículo como agente complexo, dinâmico e de referências múltiplas.

Embora este estudo não tenha tido o objetivo de exaurir as possibilidades de análises emanadas pelo currículo para a formação do enfermeiro, a itinerância consequente do reflexo deste instrumento, assim como, seu poder transformador para a formação produziram evidências que apontaram também para uma tímida intenção formativa para o saber sobre humanização na assistência dos enfermeiros.

Há de se considerar o surgimento de possíveis barreiras para a itinerância gerada pela matriz curricular. Ao começar pelas descrições dos programas de disciplinas que, embora elaborados por profissionais da saúde e na grande maioria enfermeiros, sua construções foram idealizadas por mentores que possuíam conceitos sobre currículo, formação pedagógica e metodológica diferenciados, o que poderiam implicar diversos níveis de importância em relação à dinâmica curricular. Talvez esta possa ser uma das tangentes que, por ora, possa transformar o poder curricular em uma fonte muda e não viva de expressividade. Fatos estes observados nas subjetividades afloradas pelas escritas, que, embora se modele uma proposta única de estrutura para todos os programas de disciplina, qual dividiu os conteúdos em identificações sobre o curso e disciplina, ementa, objetivos, metodologia, conteúdo programático e bibliografia, todavia, foram preenchidos e expostos em sua totalidade somente em algumas disciplinas.

Esta consonância evidenciada tanto nas percepções limitadas dos estudantes sobre a reconstrução acadêmica do saber sobre humanização, quanto pelas impressões oriundas da análise curricular onde ambas se entrelaçam por seus reflexos, trouxe à tona uma contradição. Pois, passou a ser alvo de questionamento a concepção de um saber tão desejado pelos ditos equivocadamente como ‘pacientes’ e preconizados nos discursos dos enfermeiros, quais, muitas vezes, foi silenciado nas intenções formativas do curso superior em enfermagem.

Enfim, o saber sobre humanização em saúde deve sair dos discursos e partir para uma formação sólida e palpável, caso contrário, o tão discutido passa a ser engolido pelo pouco percebido na prática assistencial, não passando de puramente meros discursos sobre o cuidar humanizado.

Faz-se necessário uma re-estruturação acadêmica para afastar tanto o pensamento individualista que corrobora para exemplos formativos que sustentam uma competitividade não saudável, quanto para a necessidade de agregar concepções que favoreçam a interdisciplinaridade, reduzindo o caráter departamental e reprodutor da escola, fruto aspirações políticas e estruturais que envolvem a construção no conceituado universo do saber. Precisa-se ir além, uma reforma que rompa com as políticas familiarizadas e que permita aspectos comportamentais que não se preocupe de forma uníssona com a cordialidade superficial dos relacionamentos. Mas, que permita uma exposição concreta das necessidades que urgem por mudanças e são conclamadas pela crítica pública suprimida.

Esta reflexão deve engajar a escola profissional como um todo. Torna-se pertinente a discussão sobre o currículo dos enfermeiros, a vida intelectual e política engendradas na

concepção formal da (re) construção das intenções formativas, tornando-se clara, efetiva e concisa para a necessidade de formar humanizando a assistência em saúde.

Enfim, as mudanças no âmbito educacional em saúde convergem para uma formalização do currículo que revitalize a fenomenologia da prática e conflua para a formação de sujeitos autônomos, conectados às ciências aplicadas à reflexão na ação. Uma superação dos legados que se tornaram obsoletos para investir em um processo educativo que repense a inclusão de práticas pedagógicas focalizadas em problematizações, que valorize o cotidiano do trabalho evidenciado nos estágios curriculares como um espaço para novos conhecimentos e não como um lugar para transposição dos conhecimentos teóricos.

A nova educação deve ser hostil aos professores que, no dia a dia docente, utilizam à mediação horizontal para o desenvolvimento da perspicácia, da intuição e do fortalecimento da postura ético-moral dos educandos, favorecendo a atuação em situações desprovidas de manuais de técnicas de enfermagem.

Pelo fato do saber sobre humanização da prática assistencial do enfermeiro ser considerado como característica mais marcante do exercício do cuidar de alguém, este deve deixar de ser um instrumento que balise uma política para humanizar a saúde com o foco somente nas correções de atitudes e capacitações dos profissionais. Deve ser ensinado como uma espécie de prevenção de ações (des) humanas desde a profissionalização formal na área da saúde. Caso contrário, a formação poderia (des) formar o graduando.

Para finalizar, retomo o pensamento de Maturana (1998), onde o perfil de profissionais que desejamos para o país deve ser pensado em acordo com o projeto de profissionais que formamos. Então, para realizar a assistência em saúde deve-se fortalecer o pensamento de que o ciclo dos cuidados do enfermeiro é construído a partir das concepções que envolvem a complexidade das ações humanas, retratadas na lógica de um ser que cuida de outro.

REFERÊNCIAS

ABREU, Wilson Correia de. Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In: CANÁRIO, Rui (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Ed., 2003. p. 147-167

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. O cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 546-551, set./out. 2007.

BARROS, Alessandra; PINTO, Taíse. A percepção subjetiva na dinâmica de trabalho de professoras de classes hospitalares da cidade de Salvador/Bahia. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira; TORRES, Patrícia. *Teoria e prática da pedagogia hospitalar: novos cenários, novos desafios*. Curitiba: Champagnat, 2010.

BAUMAM, Zygmunt. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2005.

BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; COELHO, Maria José; FIGUEIREDO, Nébia Maria de. *Preceptoria na residência de enfermagem*. Rio de Janeiro: EPUB, 2003.

BERMEJO, José Carlos. *Humanizar a saúde cuidado, relações e valores*. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 26 fev.2009

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. *Resolução nº 196, de 16 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BUENO, Flora Marta Giglio; QUEIROZ, Marcos de Souza. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 2, p. 222-227, mar./ abr. 2006.

CANÁRIO, Rui. Formação e mudança no campo da saúde. In: CANÁRIO, Rui (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Ed., 2003. p. 117-146

CARIA, Telmo et al. *Saber profissional: análise social das profissões em trabalho técnico-intelectual*. Coimbra: Almedina, 2005.

CARPENITO, Lynda Jual. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-177, fev. 2004, set. 2005

CHARLOT, Bernard. *Relação com o saber, formação dos professores e globalização questões para educação de hoje*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CHIRELLI, Mara Quaglio; MISHIMA, Silvana Martins. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Marília - FAMEMA. *Revista Latino Americana Enfermagem*, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 574-584, set./ out. 2006.

CORBELLINI, Valéria Lamb. Fragmentos de história de enfermagem: um saber que se cria na teia do processo de submissão teórica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 172-177, 2007.

COSTA, Lauriana Medeiros; GERMANO, Raimunda Medeiros. Estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 706-710, nov./dez. 2007.

FAGUNDES, Norma Carapiá; BURNHAM, Teresinha Fróes. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 105-114, fev. 2004, set. 2005.

FARTES, Vera Lúcia Bueno. Formação profissional, profissões e crise das identidades na sociedade do conhecimento. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 38, n. 135, p. 583-585, set./dez. 2008.

_____; SÁ, Maria Roseli Brito de. *Currículo, formação e saberes profissionais a (re) valorização epistemológica da experiência*. Salvador: EDUFBA, 2010.

FERNANDES, Josicélia Dumê et al. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 830-834, 2007.

FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GARCIA, Carolina Pedrosa; FAGUNDES, Norma Carapiá. Formação e situações de trabalho: reflexões a partir do estágio curricular de cursos de enfermagem. In: FARTES, Vera Lúcia Bueno; SÁ, Maria Roseli Gomes Brito de (Org.). *Currículo, formação e saberes profissionais*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 107-117

ITO, Elaine Emi et al. O ensino da enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia X realidade. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas, 2007.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LUBISCO, Nídia Maria L.; VIEIRA, Sônia Chagas; SANTANA, Isnaia Veiga. *Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e tese*. 4. ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

LUCENA, Amália de Fátima et al. Construção do conhecimento e do fazer: enfermagem e os modelos assistenciais. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, jun. 2006.

MACEDO, Roberto Sidnei. *A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2004.

MADEIRA, Maria Zélia de Araújo; LIMA, Maria da Glória Soares Barbosa. A prática pedagógica dos professores de enfermagem e os saberes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 400-404, jul./ago. 2007.

MATURANA, Humberto. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício da enfermagem no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 95-99, jan./fev. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOURA, Abigail et al. SENADEn: expressão política da educação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. esp., p. 442-453, 2006.

OJEDA, Beatriz Sebben et al. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 78-84, jan-fev. 2008.

PASCHE, Dario Frederico; PASSOS, Eduardo. Cadernos temáticos PNH: formação em humanização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília, DF, 2010. p.5-10 (Cadernos HumanizaSUS, v. 1; série B) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf> Acesso em: 9 nov. 2010

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PORTO, Fernando; AMORIM, Wellington. *História da enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas*. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para formação profissional da enfermagem no Brasil (1942-1960). *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 909-915, dez. 2008.

RILEY, Matilda White; NELSON, Edward. *A observação sociológica: uma estratégia para um novo conhecimento social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

SÁ, Maria Roseli Gomes Brito de. Currículo e formação: atualizações e experiências na construção de existências singulares. In: FARTES, Vera Lúcia Bueno; SÀ, Maria Roseli Gomes Brito de (Org.). *Currículo, formação e saberes profissionais*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 37-61

SANTOS, Luiz Antonio de Castro Santos; FARIA, Lina. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 35-44, abr./jun. 2008.

SCHERER, Zeyne Alves Pires; SCHERER, Edson Arthur; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Revista Latino Americana Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 285-291, mar./abr. 2006.

SCHÖN, Donald A. *Educando o profissional reflexivo um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, Luciana Jaqueline Xavier Pereira. *A pedagogia contemporânea do cuidar*. Trabalho apresentado no 19º Encontro de Pesquisa Educacional do Norte e Nordeste - EPENN, em João Pessoa, 2009.

TAMAYO, Maurício Robayo. *Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. 1997. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, DF, 1997.

TARDIF, Maurice. *Saberes docentes e formação profissional*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VALE, Eucléia Gomes; FERNANDES, Josicélia Dumêt. Ensino de graduação em enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. esp., p. 417-422, 2006.

VERGARA, Sylvia Constant. *Métodos de coleta de dados no campo*. São Paulo: Atlas, 2009.

VERGARA, Sylvia Constant. *Métodos de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2008.

WORTHEN, Blaine R.; SANDERS, James R.; FITZPATRICK, Jody L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente, 2004.

YIN, Roberto K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2009.

ZITKOSKI, Jaime José. *Paulo Freire e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas

VERTENTE: ASPECTOS GERAIS

1. Nome do estagiário_____
2. Idade_____
3. Semestre_____
4. Turno do estágio_____
5. Disciplina de estágio_____
6. Há quanto tempo você está fazendo este estágio?

7. Está cursando outras disciplinas no momento? Se SIM, Quais?

8. Contato telefônico_____
9. Email_____

VERTENTE: SABER

10. Há quanto tempo você vivencia o estágio no curso de enfermagem? Quais os estágios já cursou? Quais foram os mais marcantes?

11. No momento, quantos dias você dedica ao estudo.
 - 11.a Estuda um dia por semana
 - 11.b Até 03 dias por semana
 - 11.c Estuda de 04 a 06 dias semanais
 - 11.d Não tem tempo para o estudo

12. Em relação ao tempo dedicado, você costuma estudar:

12.a De 01 a 02 horas por dia

12.b Superior a 02 horas

12.c Inferior a duas horas

12.d Não estuda diariamente

13. Você acha seu tempo de estudo suficiente? Por quê? Se NÃO for suficiente, quantas horas por dia você acredita que seja suficiente?

14. Qual o principal motivo que você atribui a falta de tempo para o estudo?

14.a Você estuda e trabalha

14.b Não tem acesso a material didático suficiente

14.c Tempo dedicado a família

14.d Não está satisfeito com o curso

14.e Não acha necessário

14.f Isto não se aplica

14.g Outros

15. Em relação à pergunta anterior, como você justifica seu aprendizado?

16. O que você considera que mais contribuiu para o seu aprendizado durante o estágio? Porque?

16.a Relação professor X aluno. Pois,

16.b Relação estagiário X paciente. Pois,

16.c Relação estagiário X equipe multiprofissional. Pois,

16.d A estrutura hospitalar, equipamentos e materiais. Pois,

16.e Outros

16.f Não contribuiu

17. Já fez estágio extra-curricular? Se SIM ou se NÃO, o que isto significou para você?

Se SIM, qual foi o seu papel na Unidade?

17.a Somente observava

17.b Fazia assistência acompanhada por outro profissional

17.c Fazia assistência às vezes supervisionada

17.d Fazia assistência raras vezes supervisionada

17.e Outros

18. Durante sua vida acadêmica, houve oportunidade de trabalhar as emoções, medos e anseios para lidar com questões como a morte, a dor sofrida pelos pacientes e familiares, o sentimento de impotência em não poder curar, etc?

SIM ou NÃO

Se sua resposta for SIM, responda de que forma. Justifique a sensação.

18.a A partir de relatos pessoais compartilhados pelos professores

18.b A partir de relatos de experiências pessoais compartilhados pela equipe

18.c A partir de experiências pessoais como mãe, filha, esposa, que, eventualmente se vê cuidadora

18.d A partir de ensinamentos adquiridos na relação com o paciente

18.e Nas aulas teóricas na faculdade

18.f Leitura de livros e filmes que abordem a temática de sofrimento e superação

18.g Pela meditação

18.h A partir da prática religiosa

• De que confissão _____

18.i Assistência de psicoterapeuta

18.f Outros

19. O que você tem mais ansiedade para vivenciar no estágio? Por quê?

19.a As técnicas e procedimentos de enfermagem

19.b Os procedimentos médicos e da equipe multiprofissional

19.c Explicar ao paciente e/ou família, de um modo compreensível ao seu grau de instrução escolar ou idade, os mecanismos de causa da sua doença e da ação do tratamento

19.d Liderar e administrar os serviços de enfermagem

19.e Confortar alguém que esteja em sofrimento

19.f Discutir os casos clínicos

19.g Ser responsável por planejar a assistência de um paciente

19.h Observar uma cirurgia

19.i Outros

VERTENTE: AUTONOMIA

20. O que mais te motivou a fazer Faculdade de Enfermagem? Justifique seu desejo.

20.a A oferta de emprego

20.b A vontade de cuidar após ter vivenciado a hospitalização de uma pessoa próxima

20.c O fato de não ter passado no curso de medicina

20.d A vontade de cuidar para poder ajudar ao próximo

20.e Outros

21. Durante a sua assistência no estágio, você já se sentiu em situação de impotência?

Quando? Justifique.

21.a Não saber executar uma técnica

21.b Não saber responder questionamentos sobre o quadro clínico do paciente

21.c Não saber como dizer a um paciente e/ou família, que demandava por informações objetivas, que o prognóstico de sua doença era ruim

21.d Não saber se relacionar com a equipe

21.e Não saber o que fazer quando identificou em um profissional de saúde, atitudes que não são proibidas, mas são impróprias e inadequadas, como por exemplo: falta de generosidade, falta de disponibilidade, falta de flexibilidade, falta de prestatividade, falta de capacidade de escuta, falta de paciência

21.f Não saber o que fazer quando sabia que determinada medicação poderia ser administrada para aliviar o sofrimento do paciente, mas não podia prescrevê-la, apesar da ausência demorada, da omissão, da inexistência ou esquecimento do médico em fazer

21.g Não saber o que fazer quando viu o sofrimento dos familiares em caso de óbitos

21.h Não saber o que fazer quando o paciente está hospitalizado e nenhum familiar vai visitá-lo

21.i Não ter o que fazer quando o hospital não dispõe de recursos materiais de acordo com as necessidades do paciente

21.j Outros

22. Durante uma intercorrência com o paciente, o que poderia te ajudar MAIS?

22.a Seu conhecimento acadêmico

22.b Sua história de vida

22.c Sua experiência em outros momentos vivenciados no estágio

22.d Sua experiência de maternidade

22.e Sua experiência como filha

22.f Sua experiência como esposa

22.g Outros

23. Ao ver um paciente se queixar de dor, mesmo após uso de analgésico, o que você faria? Por quê?

23.a Ficava ao lado do paciente tentando confortá-lo

23.b Daria importância às outras atividades não valorizando a permanência da queixa

23.c Oferecia um placebo

23.d Chamaria o médico tentando convencê-lo de prescrever uma medicação mais forte.

23.e Outros

24. Quando você está escalado com o paciente em isolamento e o hospital oferece Equipamento de Proteção Individual Adequado, como você costuma reagir? Justifique.

24.a Normalmente, acredita que não interfere na sua assistência

24.b Fica com receio de se contaminar

24.c Acredita que é muito mais trabalhoso pelo fato de está se paramentando em todos os momentos de contato com o paciente

24.d Solicita para ser escalado com outro paciente

24.e Evita entrar em contato com o paciente, somente se aproximando nos momentos estritamente necessários.

24.f Outros

25. Ao realizar o banho no leito do paciente, o que você costuma priorizar na sua assistência? Por quê?

25.a Colocar a água em temperatura agradável, de acordo com a preferência do paciente

- 25.b Utilizar Biombos para não expor o paciente
- 25.c Atentar para ordem técnica do banho
- 25.d Atentar com as dobraduras dos lençóis e estética do leito
- 25.e Atentar para detalhes como lavagem de couro cabeludo, realização da barba, asseio das unhas.
- 25.f Outros

26. Qual a forma mais fácil de você se lembrar de seu paciente? Justifique.

- 26.a Pelo nome
- 26.b Número do leito
- 26.c Patologia
- 26.d Procedimentos realizados
- 26.e Outros

VERTENTE: REFLEXIVIDADE

27. Quais foram os seus sentimentos no primeiro momento que vivenciou o estágio?
Mantém os mesmos sentimentos até hoje? Por quê?

- 27.a Felicidade por fazer parte de uma equipe de saúde
- 27.b Felicidade por ajudar alguém
- 27.c Se sentiu importante por estar usando branco e jaleco
- 27.d Ansiedade em aprender
- 27.e Medo de errar
- 27.f Angústia ou impotência frente ao sofrimento do paciente
- 27.g Outros

28. O que você mudaria para melhorar a construção do seu aprendizado durante a vivência nos estágios? Por quê?

29. No hospital X, a ordem é realizar o banho de todos os pacientes pelas manhãs. Contudo, um paciente afirma que o seu costume é tomar banho pela tarde, por isso, gostaria de tomar banho no período vespertino. Se você fosse o enfermeiro da unidade, o que faria? Por quê?

29.a Informaria que a rotina do hospital é realizar banho durante a tarde e, se caso o paciente não aceitasse, deixava-o sem tomar banho

29.b Tentaria convencê-lo de que seria melhor realizar o banho pela manhã, caso não aceitasse, informaria que estaria abrindo uma exceção naquele momento

29.c Não interferiria na decisão do paciente, deixando-o escolher, não se importando com a rotina do hospital.

29.c Outros

30. Uma paciente idosa se recusa de ser cuidada por um profissional do sexo masculino. Se você fosse o enfermeiro responsável por esta unidade, o que você faria? Por quê?

30.a Trocaria imediatamente o profissional, sem questionar à paciente

30.b Tentaria convencer a paciente, caso não aceitasse, mudaria a escala do profissional

30.c Informaria ao paciente que todos os profissionais estão acostumados a cuidar, independente do sexo, e manteria o profissional escalado.

30.c Outros

31. Após administrar um medicamento, você reconhece que a medicação estava errada. O que você faria? Por quê?

-
-
- 31.a Ficaria com medo e não comunicaria a ninguém, pois, isto poderia baixar seu conceito na opinião do seu professor
 - 31.b Comunicaria imediatamente ao professor, independente das consequências
 - 31.c Só comunicaria seu erro caso observasse algum reação adversa no paciente
 - 31.c Outros

32. Alguns hospitais têm implementado medidas para assistência ao cliente como as citadas abaixo. Qual (s) destas você acha válida para implantar em uma unidade?

- 32.a A utilização das cores na ambiência, assim como, no fardamento dos profissionais em substituição ao branco generalizado.
- 32.b O toque terapêutico
- 32.c O som ambiente
- 32.d O brinquedo terapêutico nas clínicas pediátricas
- 32.e Apoio religioso e de acordo com a preferência do paciente dentro da unidade hospitalar
- 32.f Outros

33. Algum motivo já te levou a tratar algum paciente ou familiar com frieza? O que você fez em seguida?

34. Algum motivo já te levou a perder a paciência com algum paciente e ou família? Por quê? O que fez em seguida?

35. Em algum momento você já sentiu como se suas ações fossem aplicadas de forma automática e mecânica, fruto de uma ação que se repete no dia a dia? O que justificou sua ação? O que você fez em seguida?

36. Você já teve a sensação de que algum paciente ou família fossem seus inimigos?

37. Você costuma compreender facilmente os sentimentos dos pacientes?

37.a Nunca

37.b Raramente

37.c Algumas vezes

37.d Frequentemente

37.e Sempre

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

PESQUISADORA: Luciana Jaqueline Xavier Pereira Silva

ORIENTADORA: Doutora Alessandra Santana Soares e Barros

TÍTULO DA PESQUISA: Saberes, autonomia e reflexividade na humanização da assistência em enfermagem: a re-construção das intenções formativas.

Caro participante,

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Saberes, autonomia e refletividade na humanização em enfermagem: a re-construção das intenções formativas”, que refere-se ao projeto de Mestrado, da Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia. O objetivo desta pesquisa é identificar a percepção dos estagiários da Graduação em enfermagem sobre a re-construção do saber em relação à humanização no âmbito do saber, saber-fazer, saber-ser durante a vivência prática na unidade hospitalar.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato.

Ficará insento(a) de gastos, de riscos ou benefícios imediatos na sua participação. Os resultados contribuirão para a melhoria da formação profissional dos enfermeiros no que tange a humanização da assistência e preparo para atuarem no Sistema Único de Saúde.

Após conclusão do estudo, todos os participantes serão convidados para participarem de um seminário, de forma gratuita, onde serão apresentados os resultados. Além disto, a pesquisa será publicada garantindo o acesso de todos os interessados aos resultados desta temática. Possibilitará maior reflexão entre os estudantes do curso de graduação em enfermagem em relação a formação para o cuidar humanizado, de acordo com a Diretriz Nacional do Currículo dos Enfermeiros e em harmonia com as ações propostas pelo Sistema Único de Saúde. Em consequência, poderá proporcionar uma melhor qualidade na assistência aos pacientes.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou descontinuar sua participação se assim, o preferir.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Em caso de dúvidas e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com Enfermeira Luciana Jaqueline X. P. Silva, telefone 9172-9244.

Eu confirmo que a Sr^a Luciana J. X. P. Silva explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram definidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento, portanto, eu concordo em dar meu conhecimento para participar da pesquisa.

Salvador, de de 2010

(Assinatura do Participante)

ANEXO A - Grade curricular

1º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	25	Horas / Semestre	425
Disciplina							
BIO007*	BIOLOGIA		68	0	OB		
FCH006	*INTRODUÇÃO SOCIOLOGIA I		51	0	OB		
FCH284	*ANTROPOLOGIA FILOSOFICA I		68	0	OB		
ICS007	*ANATOMIA I		68	0	OB		
ICS026	*HISTOLOGIA I		68	0	OB		
ICS052	*BIOQUÍMICA III		102	0	OB		
2º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	27	Horas / Semestre	459
Disciplina							
ENF007	METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTIFICO		68	0	OB		
FCH009	PSICOLOGIA I		68	0	OB		
ICS021	FISIOLOGIA I		68	0	OB	01 BIO007 ICS007 ICS026	
ICS028	*MICROBIOLOGIA I		68	0	OB		
ICS046	*PARASITOLOGIA HUMANA I-A		68	0	OB		
ICS066	*BIOFÍSICA IV		68	0	OB		
OPT051	OPTATIVA 051		51	0	OP		
3º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	26	Horas / Semestre	442
Disciplina							
*ENF002	ENFERMAGEM E SOCIEDADE		51	0	OB	01 FCH006	
*ENF003	EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM		68	0	OB	01 ENF002	
*ENF016	EDUCAÇÃO EM SAÚDE		65	0	OB		
*ICS012	FARMACOLOGIA I		51	0	OB	01 ICS021 ICS052	
*ICS019	PROCESSOS GERAIS DE PATOLOGIA I		68	0	OB	01 ICS021 ICS028	
MATA44	ESTATÍSTICA V		68	0	OB		
*NUT150	INTRODUÇÃO A NUTRIÇÃO		51	0	OB	01 ICS021	
4º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	29	Horas / Semestre	493
Disciplina							
ENF005*	VIGILÂNCIA A SAÚDE		68	0	OB	01 ICS012 ICS019 ICS066	
ENF006*	BASES TEÓRICAS E TÉCNICAS DE ENFERMAGEM		323	0	OB	01 ENF007 ICS012 ICS019 ICS066	
ISCO02	EPIDEMIOLOGIA		102	0	OB		
5º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	28	Horas / Semestre	476
Disciplina							
ENF008*	ENFERMAGEM CLÍNICO- CIRÚRGICA I		238	0	OB	01 ENF006	
ENF012*	ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA		238	0	OB	01 ENF002 ENF005 ISCO02	
6º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	26	Horas / Semestre	442
Disciplina							
ENF017*	ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO		68	0	OB	01 ENF006	
ENF019*	ENFERMAGEM CLÍNICO- CIRÚRGICA II		170	0	OB	01 ENF008	
ENF161*	ENFERMAGEM EM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER		204	0	OB	01 ENF008	
7º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	20	Horas / Semestre	340
Disciplina							
ENF011*	ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL		136	0	OB	01 ENF008	
ENF160*	ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		204	0	OB	01 ENF161	
8º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	22	Horas / Semestre	374
Disciplina							
ENF013*	ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SERVIÇO		238	0	OB	01 ENF012 ENF018 ENF019 ENF161	
ENF018*	ENFERMAGEM EM BLOCO CIRÚRGICO E CENTRAL		136	0	OB	01 ENF006	
9º SEMESTRE		Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	28,88	Horas / Semestre	491
Disciplina							
ENF030	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I		34	0	OB	01 ENF007	

UFBA - Universidade Federal da Bahia - Sistema Acadêmico
R00041 - Grade Curricular (Curso)

05/10/2009 14:04

9º SEMESTRE	Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	26,88	Horas / Semestre	491
Disciplina	C.H.	CR	Nat.	Gr	Pré Requisito	
ENFA52 ESTAGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO I	457	0	OB		Todas as disciplinas do curso exceto as da lista -	
10º SEMESTRE	Crédito / Semestre	0	Horas / Semana	25,12	Horas / Semestre	427
Disciplina	C.H.	CR	Nat.	Gr	Pré Requisito	
ENFA51 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II	34	0	OB	01	ENFA50	
ENFA53 ESTAGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO II	393	0	OB	01	ENFA52	
OPTATIVAS: 45,55						
Disciplina	C.H.	CR	Nat.	Gr	Pré Requisito	
ADM007 COMUNICACAO I	68	0	OP			
ADM143 CHEFIA E LIDERANCA I-A	68	0	OP			
FCH124 ANTROPOLOGIA I	68	0	OP			
FCH126 CULTURA BRASILEIRA	51	0	OP			
FCH162 PSICOLOGIA DAS RELACOES HUMANAS	60	4	OP			
FCH183 FORMACAO SOCIED BRASILEIRA	68	0	OP			
LET042 LINGUA PORTUGUESA I-A N-100	51	0	OP			
LET044 LINGUA PORTUGUESA COMO INSTRUMENTO DE	68	0	OP			
LET047 ESPANHOL INSTRUMENTAL I N-100	51	0	OP			
LET053 INGLES INSTRUMENTAL I N-100	51	0	OP			
LETE46 LIBRAS-LINGUA BRASILEIRA DE SINAIS	34	0	OP			
MAT115 INTRODUCAO AO PROCESSAMENTO DE DADOS	68	0	OP			
TEA085 DICCAO I	68	0	OP			

INTEGRALIZAÇÃO CURRICULAR

Natureza	Disciplina	Nome	Carga Horária		Creditação	
			Máxima	Mínima	Máxima	Mínima
AC		Atividade Complementar	102	102		
OB		Obrigatória	4318	4318		
OP		Optativa	51	51		
Total			4471	4471	0	0

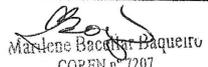
O Profissional:

O profissional de Enfermagem deve ser capaz de planejar, executar e avaliar as ações de saúde; prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, grupo e coletividade; utilizar o modelo epidemiológico para subsidiar o trabalho co-participativo no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde; analisar criticamente a legislação de enfermagem; compreender e participar da organização dos serviços de saúde, identificando elementos políticos, tecnológicos que compreendam o processo administrativo das organizações que permitem reorientação dos serviços públicos e privados nas instâncias local, municipal, estadual e federal, através do trabalho cooperativo com outros profissionais de saúde; planejar ações de enfermagem definindo estratégias em conformidade com os níveis de complexidade, recursos e outros elementos necessários a implantação dessas ações; utilizar procedimentos técnico-científicos pertinentes à avaliação das necessidades do indivíduo e comunidade, no sentido de transformar a prática e integrar tecnologias apropriadas. Desenvolver o trabalho de gerenciamento de enfermagem articulado com o trabalho de outros profissionais; desenvolver ações de natureza técnica, política e administrativa com maior eficiência e menor risco para cliente e equipe; desenvolver ações educativas e de supervisão que possibilitem a capacitação e habilidades técnicas para trabalhadores da equipe de enfermagem; desenvolver processos e tecnologias educativas nos serviços de saúde e na comunidade; entender sua prática como o espaço de investigações e criação de novos conhecimentos; produzir, selecionar e registrar informações capazes de subsidiar o processo de trabalho de enfermagem e outras ações de saúde; desenvolver ações de vigilância de saúde; reconhecer que participar das associações da categoria possibilita a reorientação da prática social dos exercentes de enfermagem; administrar serviços de Enfermagem.

Atenção:

Os currículos dos cursos de graduação da Universidade Federal da Bahia estão em processo de reformulação curricular, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Desta forma, esta grade pode ainda não contemplar as mudanças em andamento e em fase de implantação. Consulte o coordenador do curso para esclarecer possíveis dúvidas.

ANEXO B - Programa da Disciplina

UFBA		SUPERINTENDÊNCIA ACADÊMICA SECRETARIA GERAL DOS CURSOS		PROGRAMA DE DISCIPLINA CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM		
DISCIPLINA						
CÓDIGO		NOME				
ENF. 019		ENFERMAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA II				
CARGA HORÁRIA				CREDITOS	ASSINATURA DO CHEFE DO DEPARTAMENTO	ANO
T	P	E	TOTAL			
30	120	-	150	02.04.00	 Marlene Bacelar Baqueiro COREN nº 7207 Chefe do DEMCAE	2003
OBJETIVO						
Capacitar o estudante para atuar com o indivíduo e família com demandas clínico e cirúrgica, considerando o perfil epidemiológico e os problemas agudos, integrando o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde e comunidade.						
EMENTA						
Desenvolve conhecimentos e habilidades para a assistência de enfermagem a indivíduos adultos com demandas clínico-cirúrgicas, considerando o perfil epidemiológico e os problemas agudos e pré-hospitalares						
METODOLOGIA						
Desenvolve uma metodologia que integra as atividades de ensino, pesquisa e extensão, levando os discentes a encontrar-se com a realidade com a qual terá que atuar. Para isso, a cada quinze dias o corpo docente se reúne a fim de discutir problemas referentes aos alunos, e as experiências vividas nos campos de estágio e prática. As estratégias pedagógicas selecionadas, foram:						
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação individual e discussão coletiva sobre a enfermagem na Unidade de Emergência, com base nas experiências ocorridas no concreto do serviço e leituras realizadas; • Realização de atividades individuais e/ou grupais que contribuam para a formulação de questões e construção de conceitos básicos e pressupostos teóricos necessários à compreensão da enfermagem sob uma visão crítica; • Leitura bibliográfica referente a cada núcleo temático que será complementada conforme opções realizadas pelos alunos no que se refere ao plano individual de trabalho; • Exposições participativas com vistas a discutir e integrar os temas abordados durante o curso; • Atendimento individual que terá como prioridade orientar os alunos sobre os casos clínicos a serem apresentados na sessão científica. • Além das atividades teórico-práticas, serão 						