

**URI - UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS
MISSÕES
CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
PRÓ – REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO E AS PRÁTICAS
HUMANIZADORAS EM SAÚDE: UMA POSSIBILIDADE DE ARTICULAÇÃO
ENTRE A EDUCAÇÃO POPULAR E A ÉTICA DO CUIDADO**

CHARLINE BEATRICE RITTER BEREGULA

Frederico Westphalen, dezembro, 2015.

CHARLINE BEATRICE RITTER BEREGULA

**FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO E AS PRÁTICAS
HUMANIZADORAS EM SAÚDE: UMA POSSIBILIDADE DE ARTICULAÇÃO
ENTRE A EDUCAÇÃO POPULAR E A ÉTICA DO CUIDADO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen RS.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luci Mary Duso Pacheco

Frederico Westphalen, dezembro, 2015.

IDENTIFICAÇÃO

Instituição de Ensino/Unidade

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen/RS

Rua Assis Brasil, nº 709, Bairro Itapagé, CEP: 98400-000 Frederico Westphalen/RS.

Direção do Campus

Diretora Geral: Prof^ª Dr^a Silvia Regina Canan

Diretor Administrativo: Prof. Clóvis Quadros Hempel

Diretora Acadêmica: Prof^ª Dr^a Elizabete Cerutti

Departamento/Curso

Chefe do Departamento de Ciências Humanas : Prof^ª Dr^a Luci Mary Duso Pacheco

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado em Educação : Prof^ª:

Dr^a Edite Maria Sudbrack

Orientadora:

Prof^ª Dr^a Luci Mary Duso Pacheco

Orientanda:

Charline Beatrice Ritter Beregula

Temática

Formação do profissional enfermeiro e as práticas humanizadoras em saúde: uma possibilidade de articulação entre a educação popular e a ética do cuidado.

RESUMO

No presente estudo procura-se fazer uma ligação entre os princípios da humanização e da ética e a formação profissional, no sentido de que são conceitos atrelados a uma ação concreta, mas que se complementam entre si, e mais: são inseparáveis. Esta associação é o escopo deste trabalho; Este tripé: o cuidar, a ética e a educação consistem nas principais premissas para uma práxis mais humana e comprometida, entendendo o cuidado, foco da profissão de enfermeiro, como algo a ser experienciado, vivido e não apenas aceito. O objetivo geral da pesquisa foi conhecer a formação profissional dos enfermeiros e a articulação entre educação popular e a ética do cuidado a fim de analisar suas influências nas práticas humanizadoras destes profissionais. A ética pode ser entendida como uma reflexão profunda sobre os comportamentos a modos de ser na vida, assim como a ética do cuidado é a flexão natural que todos têm de amparar, ou seja, cuidar, zelar, preocupar-se com. O estudo tem enfoque qualitativo, a abordagem filosófica se caracteriza como hermenêutica, quanto aos fins, o estudo é descritivo, quanto aos meios a pesquisa é bibliográfica e de campo. O instrumento de coleta de dados foi o questionário, que foi realizado com 18 enfermeiros. A análise dos dados foi a qualitativa. Para muitos participantes da pesquisa a ética aparece como uma das características pessoais que eles consideram determinantes na formação profissional do enfermeiro humanizador. As relações de cuidado podem ocorrer em qualquer lugar, entretanto em um ambiente profissional o clima de cuidado deve imperar, a iniciativa do cuidado e o desejo verdadeiro de resolver ou amenizar problemas devem ser os objetivos primeiros de uma unidade de saúde como um local verdadeiramente de cuidado. Ao entender as individualidades dos sujeitos diante da realização da educação em saúde, neste momento está acontecendo a educação popular, que, por sua vez, é a base fundante de todo o processo educacional que procura através do diálogo transpor as barreiras do modelo tradicional (bancário) de ensino respeitando as diferenças. A educação na percepção humanizadora remete à educação popular e seus pressupostos. Num período de profundas transformações na sociedade, nas relações de trabalho e pessoais, nos conceitos, nos comportamentos talvez seja o momento de se resgatar o cuidado no seu sentido pleno, pois, é a partir de grandes mudanças na sociedade que as transformações internas acontecem. Convém rever conceitos antigos e formas ultrapassadas de resolver problemas e de desenvolver o trabalho de enfermagem e se adaptar a esta forma mais fluida de viver, mais leve. O cuidado comprometido, a ética e a humanização fazem parte do entendimento da possibilidade real de mudança, é a ratificação da capacidade das pessoas, seja em qualquer nível de escolaridade que possuam, de poder transformar sua situação de sofrimento em aprendizado e melhora. A falsa superioridade que o modelo positivista propôs distanciou as pessoas, dificultou as relações entre profissionais de saúde e pacientes, é imperativo superar este modelo e partir para uma perspectiva de equidade.

Palavras-chave: Humanização, ética, ética do cuidado, educação popular, transformação.

ABSTRACT

In the present study seeks to make a connection between the principles of humanization and ethics and vocational training, in the sense that they are concepts linked to concrete action, but complement each other, and more, are inseparable. This association is the scope of this work; This tripod: caring, ethics and education consists of the main premises for a more humane and committed praxis, understanding care, focus of the nursing profession, as something to be experienced, lived and not just accepted. The overall objective of the research was to identify the professional training of nurses and the relationship between popular education and the ethics of care in order to analyze their influence on humanizing practices of these professionals. Ethics can be understood as a profound reflection on the behaviors to ways of being in life, as well as the ethics of care is the natural bending that everyone has to support, or care for, watch over, to worry about. The study is qualitative approach, the philosophical approach is characterized as hermeneutics, as the purpose, the study is descriptive, as the means research is bibliographic and field. The data collection instrument was a questionnaire, which was conducted with 18 nurses. Data analysis was qualitative. For many participants of the research ethics appears as one of the personal characteristics they consider decisive in the training of humanizing nurse. Care relationships can occur anywhere, but in a professional environment care climate must prevail, the initiative of the care and the real desire to solve or ameliorate problems should be the first objective of a health care facility as a truly local caution. By understanding the individuality of the subjects on the day of health education at this time it is going to popular education, which in turn is the founding basis of all educational process that seeks through dialogue overcome the barriers of the traditional model (bank) teaching respect for differences. Education in humanizing perception refers to popular education and its assumptions. In a period of profound changes in society, in work relationships and personal, concepts, behaviors may be time to rescue care in its full sense, since it is from large changes in society that internal transformations happen. Should review old concepts and outdated ways of solving problems and developing the nursing work and adapt to this more fluid way of life, lighter. The compromised care, ethics and humanization part of understanding the real possibility of change, is the ratification of the ability of people or at any level of education that have, to be able to transform their suffering situation in learning and improvement. The false superiority that the positivist model proposed distanced people, difficult relations between health professionals and patients, it is imperative to overcome this model and go for an equity perspective.

Keywords: Humanization, ethics, care ethics, popular education, transformation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Problema de pesquisa.....	11
1.2 Questões norteadoras	11
1.3 Objetivo geral.....	12
1.4 Objetivos específicos.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Um pouco da história da Enfermagem.....	13
2.2 Ética e ética do cuidado.....	17
2.3 Sobre o cuidado.....	22
2.4 Sobre humanização	25
2.5 Sobre a educação popular e educação popular em saúde.....	28
2.6 O Cuidado e o comprometimento	32
3 CONCEPÇÕES E CAMINHOS METODOLÓGICOS	36
3.1 Opção e concepção de pesquisa	36
3.2 Desenho metodológico da pesquisa	38
3.3 Os sujeitos e os espaços da pesquisa	39
3.4 Instrumentos de coleta e análise dos dados.....	40
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	42
4.1 As características pessoais consideradas determinantes na formação profissional do enfermeiro humanizador	42
4.2 Os momentos da vida acadêmica em que as práticas humanizadoras podem ser desenvolvidas.....	48
4.3 O desenvolvimento da formação humanizadora proporcionado pela matriz curricular do curso de enfermagem.....	50
4.4 A formação inicial e as oportunidades para que os enfermeiros conheçam os preceitos da humanização	53
4.5 A formação profissional e a prática da educação em saúde	55
4.6 A formação inicial e as práticas humanizadoras	57
4.7 As práticas humanizadoras e a atividade profissional dos enfermeiros.....	61

4.8 A formação profissional articulada com os preceitos da ética, da ética do cuidado e a educação popular e a sua influência na realização de práticas mais humanizadas	64
4.9 Disciplinas em que as práticas humanizadoras foram abordadas	68
5 CONCLUSÕES.....	73
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
7 APÊNDICES	80
7.1 Apêndice A	81
7.2 Apêndice B	83
7.3 Apêndice C	85

1 INTRODUÇÃO

No presente estudo procura-se fazer uma ligação entre os princípios da humanização e da ética e a formação profissional, no sentido de que são conceitos atrelados a uma ação concreta, mas que se complementam entre si, e mais: são inseparáveis. Esta associação é o escopo deste trabalho; a humanização atua como elemento que interage em todos os momentos do processo de formação dos sujeitos, seja no ensino superior, fundamental ou mesmo no núcleo familiar; a ética vem como condição de vida, no sentido de postura ou modo de se relacionar com as pessoas e com o mundo; e a formação profissional possibilita a construção de saberes para subsidiar estes comportamentos.

Neste sentido, a formação deve ter alicerce teórico e ao mesmo tempo flexibilidade nos seus processos para formar um profissional com capacidade de diagnosticar problemas, capacidade de resolutividade, capacidade de tomar decisões, de trabalhar em equipe e sobretudo, capacidade de resiliência. A formação profissional deve incentivar a autocrítica e a autorreflexão constantemente, além de possibilitar a troca de saberes, garantindo o respeito ao outro e a valorização dos diferentes conhecimentos. Esta formação com abordagens interligadas aos princípios da humanização poderia realmente transformar ações puramente tecnicistas em ações comprometidas social e eticamente com as pessoas.

A atenção à saúde no Brasil tem sido historicamente marcada pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano¹. O rompimento deste paradigma veio com o Sistema Único de Saúde com a Constituição Federal de 1988, e a necessidade de atender as demandas da população. Isso tudo surgiu num momento onde novos princípios emergiam da sociedade, entre eles o apelo à sedimentação do conceito de saúde como condição de cidadania (PICCININI, 2009).

Esta associação entre as áreas da saúde e da educação também pode ser visualizada suscitando-se as premissas da Educação em Saúde tão inerentes à profissão de Enfermeira e

¹ O modelo flexneriano se baseava em um paradigma fundamentalmente biológico, mecanicista, individualista, excludente de práticas alternativas, com ênfase na prática curativa, além de defender a especialização, sendo este o modelo utilizado para interpretar os fenômenos biológicos, e ensinado nas faculdades de medicina dos EUA e Canadá, após o relatório elaborado por Abraham Flexner em 1911, que logo após expandiu-se tendo grande impacto em todo continente americano. (MOROSINI; CORBO, 2007, PICCININI, 2009).

estabelecidas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996. Vendo assim na Educação Popular, difundida por Paulo Freire, a interação entre estas: A formação e a prática profissional, e a educação em saúde, que têm em si uma significativa contribuição tanto para o ofício de professores quanto dos profissionais da área da saúde de forma geral, e de fato torna-se ainda mais importante a partir do estabelecimento como Política no âmbito do Sistema Único de Saúde como Educação Popular em Saúde, a união destas concepções tão conjecturais.

A humanização tem suas raízes no respeito e na valorização da pessoa humana. Embora o termo possa parecer pleonástico, é primazia na área da saúde o apelo ao humano mais humano, aos sentimentos envolvidos no processo de saúde-doença, no atendimento às pessoas, no convívio com a equipe de trabalho, no respeito aos desígnios da lei principalmente quando se trata de Sistema Único de Saúde.

Este tripé: o cuidar, a ética e a educação consistem nas principais premissas para uma práxis mais humana, humana no sentido de consciente, responsável e comprometida, entendendo o cuidado, foco da profissão de enfermeiro, como algo a ser experienciado, vivido e não apenas aprendido e aceito. Sendo estes os temas abordados neste trabalho como uma tentativa de compreender melhor seus conceitos, como se processam e principalmente, como se articulam.

Na introdução deste estudo, há a justificativa da pesquisa, sua relevância e sua importância para o meio acadêmico e para a sociedade, as questões e objetivos da pesquisa (geral e específicos) estão presentes também na introdução. No segundo capítulo tem-se o referencial teórico, momento que se procura fazer um resgate da teoria e conceitos que serão abordados na pesquisa. Iniciando com o item: Um pouco da história da enfermagem, a enfermagem moderna é tratada como tema principal, e neste interim Florence Nightingale é elemento chave para compreendermos este período. No segundo item do referencial teórico, são abordados temas relativos à ética e à ética do cuidado, demonstrando sua importância e interrelacionando seus conceitos. No terceiro item o assunto é o cuidado, suas origens, uma pincelada em suas raízes filosóficas e a intrínseca relação deste com a profissão do enfermeiro.

O item número quatro do referencial teórico as questões sobre humanização são abordadas, tanto como política de Estado como sua necessária prática pelos enfermeiros. A educação popular e a educação popular em saúde são os aspectos do quinto item, fazendo-se uma relação entre as duas e suas possibilidades de humanizar tanto a formação quanto a prática profissional. E finalmente no sexto item do referencial teórico, o cuidado com o

pressuposto comprometimento profissional, o ato comprometido de acreditar na mudança e agir de maneira que ela seja possível.

O terceiro capítulo do presente estudo trata das concepções e caminhos metodológicos adotados de maneira a obter dados fidedignos, o respeito aos indivíduos pesquisados com a clareza dos métodos a serem utilizados, assim como o respeito à ética e à beneficência e a não maleficência.

O quarto capítulo do presente estudo abarca a análise dos resultados da pesquisa, desde o momento que iniciou-se a coleta dos dados. A pesquisa totalizou 18 (dezoito) participantes, todos enfermeiros, entretanto, trabalhando em locais diferentes, o que contribuiu para enriquecer o trabalho com suas concepções. Foram 5 (cinco) questões para cada grupo de enfermeiros (enfermeiros assistenciais e enfermeiros professores), todas elas procuraram responder ao objetivo da pesquisa que é: Conhecer a formação profissional dos enfermeiros e a articulação entre a educação popular e a ética do cuidado a fim de analisar suas influências nas práticas humanizadoras destes profissionais.

No quinto capítulo têm-se as conclusões, que apesar da denominação não têm a intenção de concluir, mas, de abrir novas possibilidades de pesquisas futuras, sempre procurando articular a humanização, a ética, a ética do cuidado e a educação popular. No sexto capítulo há as referências bibliográficas utilizadas para dar ratificação teórica e conceitual à pesquisa.

A necessidade de desenvolver uma pesquisa nesta linha de pensamento e valendo-se de tais conceitos foi um processo natural de amadurecimento de ideias, associado a um modo particular de entender a vida, além de ter caráter original, justamente por esta agregação de propostas. Ser enfermeira acabou por tornar-se uma necessidade diante da vontade de contribuir de alguma maneira para uma sociedade mais saudável física e mentalmente, empoderada² de conhecimentos que a possibilite ter mais qualidade de vida.

² O conceito de Empoderamento ou *Empowerment* (em inglês) tem raízes na Reforma Protestante e, contemporaneamente se expressa nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da 'ação social'. Nos anos 70, esse conceito foi influenciado pelos movimentos de autoajuda e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 1990 recebe influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a educação em saúde, a política, a justiça, a ação comunitária. (BAQUERO, 2012, p.175).

A concepção de Freire em diálogo com Ira Shor no livro *Medo e Ousadia: o cotidiano do professor* (1986) é de um Empoderamento como um processo de ação coletiva, ou seja, social, e não individual. Um empoderamento de classe social. (FREIRE, SHOR, 1986).

Nesta perspectiva, o empoderamento, como processo e resultado, pode ser concebido como surgido de um processo de ação social no qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas pela interação, com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade pessoal e social de transformação das relações sociais de poder. (BAQUERO, 2012, p.181).

Em um estudo prévio realizado, buscando-se conhecer o estado do conhecimento sobre a formação profissional e as práticas humanizadoras, observou-se que há quantidade relativamente diminuta de estudos na área específica da enfermagem, ou ainda na área mais abrangente: da saúde, tendo desenvolvimento muito maior na área da educação. Mas, levando-se em consideração a recente criação do Sistema Único de Saúde³ (em 1990) e posteriormente a Política Nacional de Humanização em Saúde⁴ (em 2003), pode-se constatar que as pesquisas na área estão em um crescente processo de desenvolvimento. A indagação com relação aos estudos que tinham a abordagem da formação com ênfase na humanização se dá por uma insistente preocupação com um atendimento realmente comprometido, acolhedor e verdadeiramente humano para com os problemas dos indivíduos que necessitam de atendimento pelos enfermeiros, seja na rede pública ou privada.

Considera-se o ato educativo um ato político, ou seja, imbuído de valores, e consequentemente comprometido. A formação profissional vem como elemento dinamizador no processo de desenvolvimento de habilidades no sentido mais humanizado da palavra, ou seja, o enfermeiro tem, no momento de sua formação a possibilidade de adquirir conhecimentos científicos, mas muito além, de construir conhecimentos sobre as pessoas, sobre a sociedade onde vive, as influências que tem dela e a capacidade de intervir de forma humanizadora para a transformação almejada.

Na fala de Imbernón pode-se observar a sua concepção de propor valores:

A função de ‘propor valores’ é uma tarefa educativa complexa e as vezes contraditória, já que não se obterá a formação dos indivíduos unicamente com a interação social, que apresenta aspectos muito problemáticos em uma sociedade pluralista. Ela será obtida tendo também como referência pontos de caráter ético, inerentes à natureza humana, nos quais coincidimos com outros agentes sociais que incidem nessa proposição de valores. (IMBERNÓN, p.33, 2011).

São concepções grandiosas, mas, pessoas jovens são assim, eu não poderia ser diferente. Da utopia passou-se então para a realidade, e foi possível conhecer a real dimensão dos problemas que já haviam sido por mim identificados, mas não ainda na sua real dimensão: “Por que as pessoas são tão desumanas, tão frias? Por que tanta impessoalidade? Por que muitos não se comprometem, não se responsabilizam?” Esses questionamentos suscitavam na minha mente durante, principalmente, os estágios na disciplina de Saúde Coletiva, momento

³ Sistema Único de Saúde – SUS, criação com a Lei orgânica n. 8.080/90 e 8.142/90

⁴ Política nacional de Humanização – PNH, criação em 2003 pelo Ministério da Saúde, antes desta, em 2000, havia o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

que o contato com os pacientes, familiares e suas realidades é mais próximo do que se compararmos à sala de aula, por exemplo.

Trazer estes questionamentos à luz da área das Ciências da Saúde e mais especificamente na formação dos profissionais enfermeiros veio como uma tentativa de responder, como uma forma de mostrar alternativas à realidade observada. Os caminhos me levaram a cursar um Mestrado em Educação e então pude compreender melhor um aspecto muito importante da prática: a formação. Estudar a formação tornou-se meu mais novo foco, e estudar especificamente a formação dos enfermeiros trouxe novas possibilidades aos latentes questionamentos, trouxe caminhos mais concretos, embasamento teórico e uma visão crítico reflexiva da práxis.

1.1 Problema de pesquisa

-Como ocorre a articulação entre a educação popular e a ética do cuidado na formação profissional do enfermeiro de maneira a favorecer a prática humanizadora?

1.2 Questões norteadoras

-A formação profissional alicerçada na articulação entre a educação popular e a ética do cuidado pode favorecer a prática humanizadora dos profissionais enfermeiros?

-O que compreende-se por ética do cuidado?

-Quais características são determinantes na formação profissional humanizadora do enfermeiro?

-As práticas humanizadoras fazem parte da formação dos profissionais enfermeiros?

-As práticas humanizadoras fazem parte da atividade profissional dos enfermeiros?

-A formação profissional voltada para as práticas humanizadoras se traduz em atividades profissionais humanizadas no futuro?

-De que maneira as práticas humanizadoras podem ser inseridas na formação dos profissionais enfermeiros?

-A formação profissional dentro dos preceitos da educação popular pode influenciar de maneira mais intensa as práticas humanizadoras dos enfermeiros?

1.3 Objetivo geral

-Conhecer a formação profissional dos enfermeiros e a articulação entre educação popular e a ética do cuidado a fim de analisar suas influências nas práticas humanizadoras destes profissionais.

1.4 Objetivos específicos

- Analisar os preceitos da ética do cuidado;
- Conhecer os objetivos e diretrizes dos cursos superiores em enfermagem em algumas universidades para identificar possibilidades de práticas humanizadoras;
- Conhecer a significação de práticas humanizadoras;
- Conhecer as práticas humanizadoras desenvolvidas pelos enfermeiros e a relação que estes fazem com sua formação profissional;
- Identificar fatores que influenciam as futuras práticas humanizadoras pelos profissionais enfermeiros;
- Analisar de que maneira as práticas humanizadoras podem ser inseridas na formação dos profissionais enfermeiros;
- Relacionar as influências da formação profissional dentro dos preceitos da educação popular com as práticas humanizadoras dos enfermeiros;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo foi realizada uma revisão bibliográfica e a apresentação de conceitos sobre temas pertinentes e relativos ao problema de pesquisa que é: A formação profissional alicerçada na articulação entre a educação popular e a ética do cuidado pode favorecer a prática humanizadora dos profissionais enfermeiros?

2.1 Um pouco da história da Enfermagem

A história da enfermagem moderna em todo o mundo remete à Florence Nightingale. Nos escritos sobre a história da enfermagem observa-se que o arquétipo antigo se relaciona intimamente com os aspectos religiosos e de doação, aspectos estes que foram superados com a profissionalização dos enfermeiros (?). Um aspecto importante a considerar, é a presença do cuidado com o outro e de uma perceptível preocupação com a redução do sofrimento das pessoas e seu bem estar.

A enfermagem profissional no mundo foi erigida a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, que foi influenciada diretamente pela sua passagem nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade, e também pelos preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em enfermagem e autoridade sobre o cuidado a ser prestado. (PADILHA, MANCIA, 2005).

As contribuições da enfermeira inglesa Florence Nightingale, humanista que melhorou os padrões da enfermagem foram notáveis. Foi pioneira em muitos preceitos da profissão e de grandes feitos, inteligência e perspicácia, e pôs em prática sua visão de cuidado durante a Guerra da Criméia (1853). (BOFF, 2012).

Em 21 de outubro de 1854 Florence Nightingale (1820-1910), juntamente com 38 mulheres, sai de Londres para o hospital militar em Scutari na Turquia, durante a guerra da Criméia. Marcando este período da história da enfermagem com a implementação de algumas medidas simples, mas muito eficazes e reduzindo a mortalidade dos soldados feridos e

doentes de 42,7% para 2,2% em seis meses. Seus esforços para que houvesse uma mudança nos hospitais militares acabou por atingir outros países e hospitais civis. (WALDOW, 2001).

A Dama da Lâmpada, como ficou conhecida por utilizar uma lamparina ao auxiliar os feridos durante a noite, abriu em 1860 sua escola de Enfermagem no Hospital St. Thomas em Londres, servindo esta escola de modelo para a enfermagem em vários países. Este modelo adotado por Florence, posteriormente chamado de Nightingaleano tem um traço religioso muito marcante norteando as atividades da enfermagem e colocando a profissão, muitas vezes, em status de dom recebido divinamente. (WALDOW, 2001).

No Brasil, a enfermagem é considerada uma profissão relativamente nova, foi criada a primeira Escola de Enfermagem em 1923, tendo como nome Escola Anna Nery⁵ em homenagem à brasileira Anna Justina Ferreira Nery (1814-1880), que prestou serviços voluntários na guerra do Paraguai⁶. O modelo seguido pelo Brasil foi norte-americano, com forte influencia de Nightingale e marcadamente biomédico⁷, flexneriano. (RIZZOTTO, 1999).

Considera-se nova no sentido da formação profissional, pois as atividades de cuidado eram anteriormente à profissionalização, proporcionadas por leigos e por outros profissionais, com uma formação não específica na área ou mesmo deficiente. O modelo biomédico é curativista, visualiza a doença e não o paciente como um organismo e suas interdependências. As primeiras escolas surgem pela necessidade identificada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, pelas doenças que afligiam o país todo, sobretudo os portos e, que em grande parte, poderiam ser evitadas por meio da educação em saúde realizadas por profissionais capacitadas, mas a influencia do modelo norte americano, neste caso, não apresentava experiências para formar profissionais para esta finalidade e sim para o atendimento marcadamente hospitalocêntrico⁸.

⁵ A Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, primeira Escola de Enfermagem no Brasil, surgiu no contexto do movimento sanitarista brasileiro do início do século XX, sendo criada pelo Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, pelo Decreto nº 17.268 de 31 de março de 1926, implantando a carreira de Enfermagem – modelo “Nightingale” – em nível nacional. (fonte <http://www.eean.ufrj.br/sobre/index.htm>)

⁶ Anna Nery, como ficou conhecida, teve reconhecido seu mérito à enfermagem no Brasil, com muitas homenagens, entrado inclusive para o livro dos Heróis da Pátria pela Lei n. 12.105/2009. (RIZZOTTO, 1999).

⁷ Modelo biomédico – estruturado no séc. XIX, associa doença à lesão o que reduz o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. (Dicionário da educação profissional em saúde: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014).

⁸ Como o próprio nome diz: hospitalocêntrico, hospital no centro. Tendo início na década de 1920, e a partir de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos e a atenção à saúde foi se tornando sinônimo de assistência hospitalar. Fundado no paradigma flexneriano, caracterizado por uma concepção mecanicista, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença. (Dicionário da educação profissional em saúde: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014).

As primeiras escolas de enfermagem brasileiras, por determinação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), formariam enfermeiras para atuar na Saúde Pública (através de uma ‘adaptação’ do modelo americano para o Brasil) pela necessidade de combate às epidemias que assolavam o país e o saneamento dos portos. Entretanto, a Saúde Pública nunca foi realmente a prioridade no ensino da enfermagem, pois a formação destas sempre esteve atrelada ao espaço hospitalar e ao estudo das doenças, não havendo uma preparação para a atuação para a atenção primária e a prevenção (que são premissas na Saúde Pública). A tentativa de introduzir a educação em saúde nos moldes que ocorreram, sofreu grande rejeição tanto por parte das profissionais quanto da população. A abordagem se dava sob forma de alteração de comportamento, a clientela entendia como uma interferência na sua privacidade, as profissionais se sentiam desmotivadas. (RIZZOTTO, 1999).

Parte-se do pressuposto de que seria necessário mudar alguns hábitos e/ou conceitos em relação à saúde para que algumas doenças fossem erradicadas, doenças estas que tinham sua transmissão atrelada à hábitos de higiene precários, déficits sanitários, e a ausência do entendimento da cadeia de transmissão. Mudanças profundas (muitas vezes enraizadas culturalmente) seriam imprescindíveis para que houvesse uma melhora das condições de saúde das pessoas, mas para isso, seria importante que houvesse a participação de todos no desenvolvimento de estratégias para efetivar estas transformações, o impedimento para tal participação se dava pelas decisões centralizadas, repassadas de maneira vertical, sem a participação popular, o que tornou o trabalho das enfermeiras muito mais difícil e as mudanças muito mais distantes.

Muitas das influências do modelo Nightingaleano estão presentes ainda hoje no ensino e na prática da Enfermagem. Observa-se que isso gera um dualismo, que por um lado exige disciplina, organização, autoritarismo, e por outro lado, docilidade, servilismo e obediência. (WALDOW, 2001). Estes paradoxos da profissão de Enfermeira fazem com que haja uma grande dificuldade para a formação profissional e mais ainda para a prática, pois como seria o comportamento e a postura adequados ao exercício da profissão?

A habilidade técnica e a destreza manual sempre foram requisitos muito valorizados pelas escolas de enfermagem, aspecto privilegiado pelo ensino com influência positivista traduzido pelo modelo biomédico. O cuidado era (ou ainda é?) entendido pelos enfermeiros como a realização de uma técnica ou um procedimento. Em função da terapêutica médica recomendada e dos tratamentos em geral, eram descritas, ensinadas e realizadas ações conhecidas como: cuidados de enfermagem, desempenhadas privilegiando instrumentos e materiais a serem usados em alguma área do corpo. Neste contexto não era recomendado o

envolvimento com o paciente, ou ainda o reconhecimento do ser humano e de sua integralidade. (Waldow, 2004).

Esta necessidade de cuidado e interação entre o enfermeiro e o paciente é evidenciada pela fala de Waldow:

As ações de cuidar, independentemente do tipo, propiciam que cuidadoras e seres cuidados (pacientes) interajam. Essa interação, variável em suas características e intensidade, parece, no entanto, tornar-se cada vez mais impessoal, breve e formal. Mesmo nas situações em que profissionais cuidadores e clientes interajam de forma mais frequente, a relação passa quase a ser ou de monólogo ou de pergunta-resposta padronizada e sem muito contato físico, a não ser o necessário em virtude de uma ação ou procedimento terapêutico. Muitos desses procedimentos são, também, realizados de forma mecanizada e rotineira. Não é incomum que alguns profissionais não saibam como iniciar uma conversa e mantê-la de forma criativa. (Waldow, 2004, p.109,).

Esta mecanização do trabalho do enfermeiro é evidenciado na prática, observa-se muitos profissionais que, aparentemente como uma forma de ‘escudo’ contra o envolvimento pessoal com o paciente, têm um pseudo-cuidado distante, falas repetitivas, por vezes prontas, e pouca disponibilidade para ouvir as queixas dos pacientes.

Os conflitos e inseguranças são sentimentos comuns aos enfermeiros “profissionais da área da enfermagem enfrentam cotidianamente situações que provocam estresse, fruto de tensão e ansiedade” (Waldow, p.62, 2004). Alguns mecanismos de defesa são utilizados para que haja certo distanciamento do profissional em relação ao paciente e sua condição, isso inclui a ritualização das tarefas, evitando assim a espontaneidade e os sentimentos, representando ainda uma maneira de diminuir a ansiedade. Com o distanciamento, a responsabilidade se torna menos pesada e o envolvimento menor. (Waldow, 2004).

Mas seria possível obter um cuidado autêntico e realmente comprometido sem que haja envolvimento? Como lidar com os sentimentos e anseios que permeiam a profissão do enfermeiro? São algumas questões que surgem quando analisamos o modelo amplamente utilizado no Brasil. A possibilidade de proporcionar o empoderamento dos indivíduos, de instigar o pensamento crítico, imbuído de conhecimentos sobre sua própria saúde e de sua comunidade pode ser uma alternativa enriquecedora para todos os envolvidos no processo, profissional e paciente.

Para Waldow (2001) o cuidado nasce de um interesse, de uma responsabilidade, uma preocupação que inclui o educar e que por sua vez, implica o ajudar a crescer. Há muitas controvérsias sobre o foco da enfermagem no Brasil e em que modelo fundamentar sua prática, mas o cuidado humano pode ser a alternativa mais acertada para constituir a base

fundamental de qualquer modelo que possa ser utilizado, acompanhado, evidentemente, dos aspectos científicos, assim como estético e ético.

2.2 Ética e ética do cuidado

A ética pode ser entendida como uma reflexão profunda sobre os comportamentos e modos de ser na vida, assim como a ética do cuidado é a flexão natural que todos têm de amparar, ou seja, cuidar, zelar, preocupar-se com.

Desde os tempos mais remotos os indivíduos sentem a necessidade de pautar seu comportamento por normas que julgam mais apropriadas de serem cumpridas, normas estas que são intimamente aceitas e reconhecidas como obrigatórias, a partir delas os indivíduos compreendem como devem ou não agir. Observa-se que este comportamento é resultado de uma ação refletida, ou seja, não é puramente espontâneo. Este comportamento prático-moral precedeu a reflexão sobre ele, quer dizer, os indivíduos não apenas agem moralmente, mas também refletem sobre este comportamento prático. Assim dá-se a passagem do plano da prática moral para a moral reflexiva, iniciando-se neste momento a esfera dos problemas éticos. (VAZQUEZ, 2008).

As questões referentes à ética remetem à comportamentos, ou seja, a conduta que se tem diante das circunstâncias que se apresentam no decorrer da história de cada indivíduo. Esta conduta que é aludida se consubstancia na vida em sociedade, facilitam as relações entre as pessoas sejam elas profissionais ou pessoais, mas o mais importante sobre esta matéria é a reflexão que há sobre ela mesma, no sentido de se pensar sobre os comportamentos e o quanto eles afetam as outras pessoas ou a si próprio. Esta reflexão que há sobre a prática pode-se chamar então de ética.

Podemos ainda diferenciar dois termos muito confundidos e que têm íntima ligação, mas não o mesmo significado: moral e ética; a primeira é a prática comportamental, ao mesmo tempo que a segunda é caracterizada pela sua generalidade e amplitude de visão. As questões específicas como o que fazer em cada situação concreta é um problema prático-moral e não teórico-ético, ao mesmo tempo que definir o que é o bom, de maneira geral, que caiba à todos os indivíduos, é de competência da ética. A ética esclarece, investiga uma determinada realidade, ela elabora conceitos. Já a moral varia historicamente, e com ela variam seus princípios e normas. (VAZQUEZ, 2008).

Nesta fala de Vazquez (2008) pode-se compreender o papel da ética numa perspectiva da análise do comportamento humano:

Como as demais ciências, a ética se defronta com fatos. Que estes sejam humanos implica, por sua vez, em que sejam fatos de valor. Mas isto não prejudica em nada as exigências de um estudo objetivo e racional. A ética estuda uma forma de comportamento humano que os homens julgam valioso e, além disso, obrigatório e inescapável. Mas nada disto altera minimamente a verdade de que a ética deve fornecer a compreensão racional de um aspecto real, efetivo, do comportamento dos homens. (VAZQUEZ, 2008, p.22).

Pode-se dizer que ser ético seria ser prudente, ser honesto, ter admirável comportamento, sem que isto soe como uma obrigação, mas algo refletido e consciente, que se aprende e se aprimora com o passar do tempo e que se avulta perante os homens. É interessante reforçar que esta conduta não é naturalmente presente como um traço da personalidade dos indivíduos, mas sim apreendida e exercitada durante a vida, daí a importância da reflexão sobre ela.

A ética acrescida do termo cuidado torna-se: ética do cuidado, e de acordo com Boff (2008), o cuidado é a essência e compreendido como o suporte para a criatividade, a liberdade e a inteligência, e não o contrário. No cuidado está o *ethos* fundamental do humano, ou seja, os princípios, valores e atitudes que fazem o bem-viver da vida e das ações um agir coerente.

Concordando com Boff (2012), a ética do cuidado é embasada na predisposição natural de cuidar e o desejo de ser cuidado, e isso perpassa toda a existência humana. Esta ética tem caráter universal e se realiza em todo ser humano, com proeminência na mulher, portadora privilegiada do cuidado. (BOFF, 2012, p.131). Poderíamos aqui, fazer uma associação com a carreira na enfermagem, que se caracteriza pelo superior número de mulheres em relação à escolha por esta profissão pelos homens.

Estas percepções são sustentadas pela fala de Boff, 2012:

A tese que sustentamos em nossas reflexões é que o cuidado constitui uma dimensão essencial do humano, mas que ganha densidade e visibilidade maior na mulher. A condição dela é singular, sentindo o mundo a partir do significado que este carrega. Esta percepção é enriquecedora da ética porque leva em consideração não apenas o lado conceitual e institucional da realidade, mas também sua densidade cotidiana e valorativa. (BOFF, 2012, p. 127).

Há, em nosso entendimento, uma associação entre o cuidado e o feminino, talvez pelo fato de a mulher gestar e cuidar dos filhos, ou ainda por cuidar do lar e da família, sua alimentação e bem estar. Observa-se este sentido de zelo e afeto mais intensamente no sexo feminino, talvez advenha de tempos remotos quando a mulher cuidava a cria e a morada para o homem caçar e alimentar a família, talvez tenha se desenvolvido mais complexamente com o passar do tempo, com a reflexão e o entendimento dos sentimentos e da convivência em

sociedade. O que nos interessa não é explicar a origem, mas entender a associação entre o feminino e o cuidado, relacionando-o com a marcada participação feminina na enfermagem, , mas não se pode esquecer que a ética do cuidado é universal e perene no sentido que está presente no íntimo e nas ações dos seres humanos.

Para que esta condição da ética esteja presente na vida das pessoas, especificamente dos enfermeiros, deve-se entender, como supracitado, o cuidado como uma inclinação natural e adotado com consciência como um projeto de vida. Isso tudo implica diligência ética, política e pedagógica em criar e manter as condições do cuidado. “Esta disposição de manter relações de cuidado não constitui o termo de um argumento racional, mas revela a existência de um sentimento e de uma afeição” (BOFF, 2012, p.130).

Esta capacidade de compreensão com os problemas alheios, somada ao desejo e a necessidade de ajudar o outro vêm a corroborar com estes conceitos. Para isso a ética do cuidado, aliada aos valores morais, ao comprometimento e a ação humanizadora, andam paralelamente no caminho da transformação.

Boff traz a ética do cuidado como um traço natural, porém que necessita conscientização:

Formalizando uma ética do cuidado diríamos: há um dado de base que é a predisposição natural de cuidar e o desejo de ser cuidado[...] Para que alcance a estatura ética, esse dado ontológico⁹ prévio precisa ser assumido conscientemente como projeto de vida e propósito da vontade de querer cuidar e de aceitar ser cuidado. Isto implica em empenho ético, político e pedagógico de criar e manter as condições do cuidado, para que seja predominante[...] (BOFF, 2012, p. 132).

A ética do cuidado subentende que todas as pessoas têm uma predisposição natural de cuidar e uma vontade de ser cuidado, mas para que esta questão subentendida seja real, se faz necessário assumir a ética, e a ética do cuidado como uma maneira de viver, ou seja, inserir seus propósitos e seus conceitos no dia a dia do trabalho, do lar, da família. Compreendendo que para isto é preciso que haja comprometimento em proporcionar meios para que o cuidado aconteça com plenitude.

No condizente à atual crise mundial¹⁰ relacionando às questões éticas e morais, há muitos que creem que reforçar as concepções da moral e a manutenção dos costumes poderia

⁹ Ontologia: da filosofia – parte da metafísica que estuda o ser em si, as suas propriedades e os modos por que se manifesta. Ontológico: que se refere ao ser em si mesmo. (fonte: Dicionário de Língua Portuguesa, Porto Editora).

¹⁰ Aqui nos referimos a crise de valores na atual sociedade, para Bauman (2007) a passagem da fase ‘sólida’ da modernidade para a ‘líquida’, ou seja, para uma condição em que as organizações sociais (estruturas que limitam as escolhas individuais, instituições que asseguram a repetição de rotinas, padrões de comportamento aceitável)

resolver, o autor nos traz a concepção de que a moral é realmente importante, entretanto, por si só não conseguiria criar uma redefinição do ser humano, podendo ainda recair em um “moralismo enfadonho”. (BOFF, 2008). Concordando com esta fala que Boff traz a necessidade que há na pessoas, principalmente em nossa época, de serem mais humanas:

Após séculos de cultura material, buscamos hoje ansiosamente uma espiritualidade simples e sólida, baseada na percepção do mistério do universo e do ser humano, na ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, fundada no cuidado no valor intrínseco de cada coisa, no trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência de intenções. (BOFF, 2008, p.25).

Neste sentido a ética atua como elemento balizador, ou seja, auxiliando a mediar comportamentos e a refletir sobre as práticas. Para Vazquez (2008) a natureza humanizadora da ética evidencia-se no sentido que seu objeto de estudo são os atos humanos, atos conscientes e voluntários que afetam os indivíduos entre si, que afetam grupos sociais ou toda a sociedade. “a relação da ética com outras ciências humanas ou sociais, baseada na íntima relação da diferentes formas de comportamento humano, não nos deve fazer esquecer seu objeto específico, enquanto ciência do comportamento moral”. (VAZQUEZ, 2008, p.34).

A humanização perpassa pelos preceitos da ética, que por sua vez, também está inserida na educação, mas se faz necessária a clareza de que tipo de educação se almeja. Freire (1987) destaca sobre a educação na perspectiva transformadora:

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os argumentos de autoridade já não valem. (FREIRE, 1987, p. 39).

Vale lembrar que este processo todo ocorre com um sentido de respeito e ética para com todos os envolvidos, o que reforça o caráter humanizador da proposta. Faz-se importante atentar para as premissas éticas, de forma refletida em todos os momentos da existência

não podem mais manter sua forma por muito tempo, pois se decompõem e se dissolvem mais rápido que o tempo que leva para moldá-las e, uma vez reorganizadas, para que se estabeleçam... e elas não podem servir como arcabouços de referência para as ações humanas, assim como para estratégias existenciais a longo prazo, em razão de sua expectativa de vida curta: com efeito, uma expectativa mais curta que o tempo que leva para desenvolver uma estratégia coesa e consistente, e ainda mais curta que o necessário para a realização de um ‘projeto de vida’ individual. (BAUMAN, 2007, p.7).

Para Morin (2010): Já estávamos na aventura desconhecida, desde a aurora da humanidade, desde a aurora dos tempos históricos; estamos mais que nunca e devemos estar conscientes. O curso seguido pela história da era planetária desgarrou-se da órbita do tempo reiterativo das civilizações tradicionais, para entrar, não na via garantida do progresso, mas em uma incerteza insondável (MORIN, 2010, p.60).

humana, destacando-se o sentido profissional, que também acaba por representar os outros setores em uma visão do macro ambiente do trabalho.

Sendo a humanização uma ação refletida e humana com relação às pessoas, o cuidado uma forma de ser e agir e a ética a casa comum, a morada, a convivência, nota-se suas interligações e a impossível separação destas concepções. Para tanto o trabalho se apresenta como um meio de intervir no mundo, modificar comportamentos e de proporcionar o sustento econômico das pessoas, mas muito além disso, consubstancia a vida em sociedade.

O cuidado, relacionado à ética, representa uma forma de ser no trabalho, que por sua vez representa a forma de ser no mundo, para Boff (2012):

O cuidado como modo-de-ser-com-os-outros vive em permanente tensão com o outro modo-de-ser-no-mundo, constituído pelo trabalho. Este possui uma lógica diversa do cuidado. Por ele o ser humano intervém de forma organizada no mundo, usando quase sempre a força, e assim transforma-o em mundo hominizado, que chamamos cultura. Destarte, cria as condições de sua subsistência e constrói seu habitat humano, que em grego se chama *ethos*, como a morada humana. (BOFF, 2012, p.128).

O trabalho pode representar uma ponte entre a ética e a cultura do descaso¹¹ da atualidade, entretanto “uma ética nova pressupõe uma ótica nova. Cumpre investir nessa nova ótica” (BOFF, 2008, p.22). É preciso que haja uma mudança profunda nos valores que a atual sociedade cultiva, e nesta mudança está incluída a educação, a saúde, o trabalho mas sobretudo o pensamento crítico como um elemento balizador de todas as transformações que possam ocorrer. Uma ótica nova implica rever conceitos e ‘pré-conceitos’, implica em trazer a humanidade presente nas falas e escritos para dentro das pessoas e fazê-la real.

Partindo da realidade que se apresenta, e da ética que se possui, pode-se então fazer as mudanças que são necessárias:

É a partir dos profissionais que somos que vamos caminhar para os profissionais que queremos ser. E a passagem do que se propõe como ideal, aquilo que ainda não temos para o que é necessário e desejado, se faz somente pelo possível. Onde

¹¹ Bauman (2001) traz concepções sobre o trabalho e a ética: No mundo humano labiríntico, os trabalhos humanos se dividem em episódios isolados como o resto da vida humana...O que conta são os efeitos imediatos de cada movimento; os efeitos devem ser passíveis de ser consumidos no ato...Talvez o termo ‘remendar’ capte melhor a nova natureza do trabalho separado do grande projeto de missão universalmente partilhada da humanidade e do não menos grandioso projeto de uma vocação para toda a vida. Despido de seus adereços escatológicos e arrancado de suas raízes metafísicas, o trabalho perdeu a centralidade que se lhe atribuía na galáxia dos valores dominantes na era da modernidade sólida e do capitalismo pesado. O trabalho não pode mais oferecer o eixo seguro em torno do qual envolver e fixar autodefinições, identidades e projetos de vida. Nem pode ser concebido com facilidade como fundamento ético da sociedade, ou como eixo ético da vida individual. (BAUMAN, 2001, p. 160).

encontrar as condições da possibilidade? No único espaço onde ela já existe, exatamente como possibilidade: o real, o já existente. (RIOS, 2011, p.109).

Para Rios (2011), a mudança necessária parte da observação da prática profissional, o que é possível fazer, o que almejamos, parte de um ideal. Parte-se do que existe, dos elementos que temos a disposição no trabalho, para transformarmos a realidade.

Em todas as áreas de atuação profissional, ao ser investigado o fenômeno da prática profissional sob o ponto de vista da totalidade, devemos observar todos os seus componentes que seriam o componente econômico, relacionado à produção da vida material; o componente político, que se refere ao poder que permeia as relações entre os indivíduos na sociedade; e o componente ético, que diz respeito aos valores que subjazem a prática dos indivíduos. A ética mostra-se como uma reflexão crítica sobre a moralidade, ela procura investigar valores profunda e largamente, problematizá-los, buscar sua consistência, busca o sentido da ação. (RIOS, 2011).

Portanto, os componentes: econômico, político e ético fazem parte da prática profissional no mundo do trabalho¹². Todos são imprescindíveis, entretanto, tendo a ética como princípio balizador, define o modo como serão tomadas as atitudes com vistas à transformação, no sentido que possibilita a reflexão da práxis, alicerça os valores e proporciona razão de ser às ações realizadas. Ao mesmo tempo em que o cuidado, sendo elemento presente em todas as esferas da vida das pessoas, anda paralelamente à ética.

2.3 Sobre o cuidado

A origem da palavra cuidado deriva do latim *cura*, sendo esta palavra sinônimo erudito de cuidado e usada na tradução do livro *Ser e Tempo* de Martin Heidegger. Há ainda dicionários que derivam cuidado de *cogitare-cogitatus*, tendo seu sentido o mesmo de cura. Para Boff (2008) “o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida” (BOFF, 2008, p.91).

¹² O ser humano vira cultural, culto, pensante, moral, humano pelo trabalho, por sua vez essas dimensões humanas têm um papel central nos processos de tornar o trabalho humano, de torna-lo ou não princípio de humanização. Culturizam, moralizam o trabalhador, criam uma inteligência cultural, prático-produtiva, humana. Essa rica articulação entre trabalho, cultura, pensamento, valores, identidades é central quando nos aproximamos dos processos educativos e repensamos a teoria pedagógica... porém, se a cultura, o conhecimento, os valores, os símbolos e linguagens e os próprios processos educativos são reduzidos a meros produtos se torna difícil entender o trabalho como princípio educativo e entender a complexidade da cultura, nos processos de trabalho, de produção do ser humano, da história, da existência e, sobretudo, de educação, humanização, libertação. (ARROYO, 2012, p. 102).

Portanto o cuidado surge no laço de afeto, na empatia das relações e, a partir disto o que um indivíduo faz, pensa ou é passa a ter papel significativo e importante para os outros. É possível estabelecermos uma relação estreita entre o cuidado e o comprometimento, para o trabalho dos Enfermeiros nota-se que fica muito difícil estabelecer empatia com os pacientes se não há comprometimento com o cuidado, no sentido de compromisso, responsabilidade pela sua saúde. Faz-se presente a ética neste contexto, mormente quando há uma reflexão crítica sobre a ação que o profissional de saúde realiza com o paciente sob seus cuidados.

Para que estas concepções de ética e de cuidado possam realmente ter significado, para que seja entendido o cuidado como uma presença em tudo, mas principalmente no humano, pois sem cuidado deixa-se de ser humano, pode-se projetar a imagem do ser humano no mundo e vemos um ser-no-mundo-com-outros, ou seja, sempre relacionando-se, preocupando-se com as pessoas, dedicando-se àquilo e a quem ele atribui valor, dispondo-se a sofrer e alegrar-se. Então podemos dizer que o ser humano é um ser de cuidado, e colocar o cuidado em tudo o que faz é sua maior característica. (BOFF, 2008).

Observa-se que o cuidado é inerente ao ‘ser’ humano, cuida-se naturalmente, cuida-se ao notar a necessidade do outro de ser cuidado. A ética se une a isso no momento que há reflexão sobre este cuidado, que se toma consciência da gregariedade dos seres humanos, desta necessidade de conviver e de auxiliarmo-nos nos processos de saúde-doença.

“Enquanto a totalidade originária de sua estrutura, a cura se acha, do ponto de vista existencial *a priori*, “antes” de toda “atitude” e “situação” da pre-sença, o que sempre significa dizer que ela se acha em toda atitude e situação de fato” (HEIDEGGER, 2002, P.258). Discorra-se então, que o cuidado (cura) está presente em todos os aspectos da vida dos indivíduos, o que consiste em, não somente em uma ação ou momento específico, mas como uma forma de viver. Boff explica Heidegger de maneira clara na seguinte fala:

Dito de uma maneira menos formal e talvez em linguagem mais acessível, Heidegger quer afirmar: o cuidado entra na definição essencial do ser humano. Constitui base para qualquer interpretação que se queira fazer dele. O cuidado está sempre aí presente e subjacente como a constituição de ser humano. Falar do ser humano sem falar do cuidado não é falar do ser humano. (BOFF, 2012, p.54).

Portanto o cuidado vem, não somente como estratégia de conscientização nas mentes humanas, mas como um sentimento, vívido, pulsante, do qual somente os humanos são capazes. Diante de uma “necessidade” de cientificar todas as ações dentro do campo profissional na Enfermagem, deixa-se, muitas vezes, a emoção (sentimentos) em segundo plano, aliás, esta é uma capacidade treinada ao longo dos anos principalmente na academia e

faz-se isso com maestria, contudo, na atualidade, urge a importância de alocar o sentimento lado a lado com o trabalho, no sentido mais humano que é possível conceber isso, então poderíamos dizer que esta é a era do cuidado, ou pelo menos da necessidade dele.

As ações de cuidado estão intrinsecamente relacionadas a preceitos éticos que são inerentes ao ser humano, neste sentido, sobre a ética, Waldow (2001) afirma que o cuidado humano consiste em postura ética e estética frente ao mundo, sendo o cuidado humano, considerado por esta autora, a ética da enfermagem.

Sendo o cuidado humano a própria ética da enfermagem, reitera-se aqui o entendimento deste como um modo de ser, ou seja, uma maneira de viver e de conceber o mundo. O desenvolvimento do cuidado, referido aqui na sua concepção ética, deve acontecer de maneira perene, como um traço adquirido da personalidade, situação em que compreender os processos de saúde/doença seja livre de preconceitos e com capacidade de realmente transformar um problema em um caminho, pelo qual se realiza a educação em saúde humanizadora. Waldow (2004) mostra a possibilidade do profissional enfermeiro nesta perspectiva:

Enfermeiras, como líderes, podem influenciar o processo de cuidar. Este encarado como um valor ético, respeitando a dignidade dos pacientes, protegendo e assegurando sua segurança, é vital e nesse sentido, além de comportamentos que valorizam o aspecto afetivo, social, espiritual dos pacientes, o aspecto técnico-científico é assegurado com a mesma importância. O conhecimento científico e as habilidades manuais só serão considerados afetivos se junto da eficiência houver sensibilidade. (Waldow, 2004, p.124).

Concordando com a autora supracitada, a enfermeira é, muitas vezes, gerente da unidade onde desenvolve seu trabalho, especialmente na saúde coletiva em unidades básicas de saúde, esta condição poderia favorecer uma abordagem mais humana do cuidado desenvolvido por todos os profissionais por incentivo/influência/exemplo desta mesma enfermeira. As concepções técnico-científicas não ficam à mercê do processo do cuidado, mas sim, caminham juntas com ele.

O cuidado concebido como exercício profissional, especialmente na área da enfermagem, com a devida valorização social só passará a existir no momento em que os profissionais se comprometam e se envolvam em um movimento inicialmente individual valorizando o cuidar como algo realmente importante, conscientizando-o como um princípio moral, ressignificando-o. E segundo, de maneira coletiva entre os profissionais, como uma reflexão sobre o cuidado e como viabilizá-lo, dedicando-se a um projeto coletivo de política

de cuidado em que haja a sensibilização das organizações, inclusive como forma re-olhar a profissão, valorizando-a. (Waldow, 2004).

Colocar o cuidado como base da profissão de enfermeiro, ou seja no centro de tudo que se faz, parece um caminho interessante. É crível que em muitas realidades onde se trabalha, esta conscientização da importância do cuidado e o conhecimento das raízes desta proposta não são possibilidades fáceis de serem aceitas, por este motivo, a alternativa de iniciar individualmente a transformação, em muitas situações é a mais viável, levando-se ainda em consideração o papel de liderança da enfermeira e sua capacidade de influenciar a equipe. Da mesma forma que a valorização de cada membro e de toda a equipe como um conjunto, só pode ocorrer com um trabalho onde todos os envolvidos estejam engajados e comprometidos com a humanização das ações, para que haja assim um cuidado efetivo.

2.4 Sobre humanização

Na área da saúde, a preocupação com a questões relativas à humanização, de maneira oficial, ou seja, como uma política estatal, concreta e real, ocorreu apenas em 2003 com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS. De acordo com Brasil (2006), a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, que são os usuários, os trabalhadores e os gestores. Há alguns valores considerados norteadores desta política que são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilização entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva na gestão.

A política instituída traz concepções amplas, entretanto de valiosa fundamentação:

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, p.07, 2004).

A dupla tarefa supracitada, a qual se deparam os profissionais da saúde é uma atribuição que inclui grandes responsabilidades e habilidades. Humanizar é o reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de pactos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos. No sentido

filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do Homem, considerando sua natureza, seus limites, interesses e potenciais. O humanismo busca compreender o homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros (RIOS, 2009).

Existem muitos resultados esperados desta política, pela sua urgência e, sobretudo pela sua grande abrangência de conceitos e princípios, vale destacar alguns como a redução das filas e do tempo de espera, atendimento acolhedor e resolutivo, o usuário do sistema (SUS) deve saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabiliza pela sua assistência, garantia dos direitos do usuários pelas unidades de saúde, garantia da gestão participativa aos trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores e ambientes acolhedores, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários, e atividades de valorização e cuidado com os trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2006).

A Humanização tem suas bases no respeito e na valorização da pessoa humana, e se constitui num processo que visa à transformação da cultura institucional, através da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações em saúde e gestão dos serviços. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. A essência da humanização é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (RIOS, 2009).

Nota-se que o diálogo entre os profissionais, gestão e usuários do sistema de saúde é premissa para a realização de todas as ações da Política de Humanização. Palavras como participação, compromisso, coletividade, corresponsabilização, sensibilização, acolhimento, estão presentes em vários momentos no decorrer do Documento Base da Política de Humanização. Estes termos são carregados de conceitos e concepções que remetem à ética, fazendo uma ponte entre humanização, cuidado e ética, sendo estas concepções essenciais, em nossa opinião, para a atuação dos profissionais enfermeiros.

Pode-se consagrar a humanização como um caminho de estradas retas para se fazer uma formação para profissionais comprometidos com suas realidades e, portanto, humanos. Concordando com Rios (2009), mesmo que o termo humanização possa remeter à um pleonasma, seu uso histórico o consagra como um movimento de recuperação de valores humanos esquecidos, ou solapados em tempos de frouxidão ética. No nosso momento histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna

passa por uma revisão de valores e atitudes. Não é possível pensar a humanização na saúde sem antes dar uma olhada no que acontece no mundo contemporâneo (RIOS, 2009).

Para Heidegger, humanização, cuidado e ética são conceitos que se cruzam em seus significados, sendo a humanidade a essência do homem:

Não reside, no entanto, neste apelo ao homem, não se esconde nesta tentativa de preparar o homem para este apelo, um empenho e uma solicitude pelo homem? Para onde se dirige 'o cuidado', senão no sentido de reconduzir o homem novamente para sua essência? Que outra coisa significa isto, a não ser que o homem (homo) se torne humano (humanus)? Deste modo então, contudo, a humanitas permanece no coração de um tal pensar; pois humanismo é isto: meditar e cuidar para que o homem seja humano e não desumano, inumano, isto é, situado fora da sua essência. Entretanto, em que consiste a humanidade do homem? Ela repousa na sua essência.

Observa-se que o cuidado é o elemento catalizador da humanização dos indivíduos, ou seja, através dele há um retorno, uma reintegração dos homens consigo mesmos e portanto uma humanização. O autor refere ainda que o pensamento, a reflexão conduz a este caminho, mais humano, evita que se desvie da verdadeira essência do humano, que é ser 'humano'. Para que o homem se 'torne' humano, neste sentido, é necessário refletir, contemplar, ponderar sobre suas ações e voltar-se para seu interior, compreender suas semelhanças e diferenças comparadas com os outros homens. E desta maneira poder-se-á vislumbrar a humanização.

Paulo Freire, reconhecido como educador humanista, teve toda sua trajetória de uma maneira ou de outra sempre ligada aos preceitos da humanização, ele postula que todos têm uma vocação para *ser mais*:

A vocação para a humanização, segundo a pedagogia freireana, é uma marca da natureza humana que se expressa na própria busca do *ser mais*, através da qual o ser humano está em permanente procura, aventurando-se curiosamente no conhecimento de si mesmo e do mundo, além de lutar para ir além de suas próprias conquistas. Essa busca do *ser mais*, segundo Freire, revela que a natureza humana é programada, jamais determinada, segundo sua dinâmica do inacabamento e vir-a-ser. (ZITKOSKI in STRECK, REDIN, ZITKOSKI, 2008, p. 214).

A humanização como uma vocação para *ser mais*, pode ser entendida como uma tendência natural para a sensibilidade com o problema alheio, mas mais além disso, como uma busca constante pelo aperfeiçoamento do humano dentro de cada um, no sentido de compreender que se está no caminho da evolução e que esta não se encontra acabada, concluída, mas que está acontecendo a todo momento na vida de todas as pessoas. Esta inconclusão de que trata Freire, faz com que se queira ser mais do que se é, superar-se como humano.

Muitas vezes o sentimento da humanização pode ser desenvolvido pela indignação diante das condições de vida de muitas pessoas, são histórias de vida muito difíceis, seja de situação de moradia, de trabalho, de educação, e de saúde. A indignação com a desumanização pode fazer com que a humanização emergja nas pessoas. (ARROYO, 2002).

Para Arroyo (2002), Paulo Freire fez muito mais do que somente difundir seu método de educação para adultos, ele:

Recuperou a humana docência. Repôs o foco na questão nuclear do fazer educativo: o ser humano como problema. O ser humano como problema de si mesmo, como problema da educação. Assumir a educação como humanização. Mas sem esquecermos os brutais processos de desumanização a que milhares de seres humanos são submetidos. (ARROYO, 2002, p.62).

Entende-se aqui a importância do trabalho de Paulo Freire e sua grande contribuição para a compreensão dos processos desumanizantes e o desenvolvimento da humanização a partir destes.

2.5 Sobre a educação popular e educação popular em saúde

A educação popular coloca educador e educandos no mesmo horizonte de busca de conhecimentos, porém em níveis diferentes. Na educação popular a premissa é o diálogo, e esta relação dialógica é indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos. (FREIRE, 1987). A construção coletiva do conhecimento e a respectiva troca entre os agentes que participam do processo se torna o objetivo deste tipo de educação:

...não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo como se fossemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar... somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele. O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele. (FREIRE, 1996, p. 71).

Na relação com a área da saúde, os termos: escuta qualificada e acolhimento, são transversais e amplamente conhecidos e utilizados no dia a dia do atendimento aos pacientes pelos profissionais de saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus anseios e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta

qualificada Uma postura acolhedora implica em estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica. (BRASIL, 2004)

A educação popular em saúde é considerada como uma das estratégias básicas para a promoção da saúde das pessoas. Ela acontece na sociedade, realizada com grupos, coletividades e movimentos sociais. Entende-se que toda prática educativa se realiza entre pessoas, isto é, envolvem sujeitos portadores de vivências subjetivas e objetivas e que interpretam tais vivências segundo sua cultura e sua inserção social. São, portanto, práticas que têm no diálogo a base fundamental para a interação com o outro, princípio fundamental da prática pedagógica. (BRASIL, 2008).

As concepções de educação popular estão amplamente difundidas em documentos do ministério da saúde para os profissionais de saúde e gestores de forma a ampliar os conhecimentos destes a respeito deste assunto tão intimamente relacionado com as práticas de educação em saúde:

A educação popular é compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à]promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, ideias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação. (BRASIL, 2012a, p. 5).

Como se pode observar, estes conceitos são aceitos pela área da saúde e se encaixam perfeitamente nas práticas educativas humanizadoras desenvolvidas pelos profissionais da saúde. Desde a Declaração de Alma-Ata, URSS (setembro de 1978) – Saúde para Todos no Ano 2000 e a Atenção Primária de Saúde, nesta a participação popular é expressa como uma diretriz pelos países articulados a OMS (Organização Mundial da Saúde). (BRASIL, 2002).

Reafirma-se a participação popular na Carta de Ottawa, Canadá (novembro de 1986), que resultou da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986); a Declaração de Adelaide, Austrália (abril de 1988) que reafirmava as linhas de ação da Carta de Ottawa; a Declaração de Sundsvall, Suécia (junho de 1991) conclamava sobre a importância do ambiente saudável para a saúde; a Declaração de Santafé de Bogotá, Colômbia (novembro de 1992) tratou da promoção da saúde na América Latina; a Declaração de Jacarta, Indonésia (julho de 1997) teve como tema a promoção da saúde no século XXI. (BRASIL, 2002). Todos estes documentos, e muitos outros, reiteram a participação popular nas práticas em saúde, o respeito às diferenças, à valorização dos indivíduos e de sua cultura.

A educação popular vem trazer a concepção de igualdade entre os indivíduos, no sentido de que todos nós temos conhecimentos prévios ao momento em que nos deparamos com uma situação de aprendizagem ou de troca, como num grupo de saúde, por exemplo. Durante uma simples exposição de um tema estamos praticando a educação tradicional enquanto, quando nos preocupamos com o tema de interesse de nosso público, trazendo referências do cotidiano deles e incentivando a participação de todos (cada um a sua maneira), aí sim estamos praticando a educação popular.

No campo da saúde, embora já existam várias iniciativas de natureza ética no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, ainda hoje se constata a predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária, que se ancora em um modelo escolar de dominação. Nele, se substitui a ideologia da cultura comum pela ideologia da cultura científica. Observando a terminologia no processo pedagógico em saúde, encontramos um direcionamento pautado em verbos operacionais, como "orientar". (OLIVEIRA, 2005).

Neste sentido, a maior diferença apontada por Oliveira (2005), entre o modelo bancário¹³ e o modelo popular é que esse último busca, muito mais, a mudança social do que a transformação pessoal. Supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas, também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde.

Para tanto se torna necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora e participativa, que contribua para a autonomia dos sujeitos, no que diz respeito à sua condição de autor de sua trajetória de vida. Nesse sentido apresenta-se a educação popular em saúde como mobilizadora para a coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações limitadoras e a possibilidade de viver com qualidade de vida. (BRASIL, 2007).

Esta superação a que se refere o parágrafo acima, muitas vezes se relaciona ao condicionamento que muitos profissionais dão à tarefa educativa em saúde de um modelo verticalizado, onde apenas um dos sujeitos detém o conhecimento e o outro apenas recebe.

¹³ A educação bancária, segundo Freire (1987), é um modo de repasse de informações, o educador faz comunicados ao invés de comunicar-se, e os educandos são meros receptores de conteúdos pré-estabelecidos. Para Freire, na situação que os educandos se fazem depósitos, não emerge sua consciência crítica, ou seja, é imposto a eles (os alunos) o que devem acreditar e o que devem saber, e quando se colocam nesta posição inferior tendem a aceitar passivamente o mundo como ele o é, sem perspectiva de mudá-lo.

Superar esta ‘condição’ da educação tradicional é imprescindível para que haja mudanças na estrutura dos serviços de saúde, assim como nas instituições de ensino da área da saúde:

Sua ação, identificando-se desde logo, com a dos educandos, deve orientar-se no sentido da humanização de ambos. Do pensar autêntico e não no sentido da doação, da entrega do saber. Sua ação deve estar infundida da profunda crença nos homens. Crença no seu poder criador. (FREIRE, 1987, p.35).

Freire traz estas considerações voltadas para o educador com relação ao educando, podendo-se fazer uma relação com o enfermeiro e seu paciente, ou ainda com o professor enfermeiro e seus alunos. É possível humanizar o atendimento e a educação utilizando-se de muitos dos princípios da educação popular, mas para isso é preciso confiar, ou seja, acreditar na capacidade que todos têm de transformação.

A promoção da educação popular é importante para a o desenvolvimento das ações pelos profissionais da área da saúde, sobretudo os enfermeiros, pois faz com que o conhecimento seja construído, tendo mais aceitação e interesse por parte dos participantes do processo. Esta interação é enriquecedora e gera muito mais satisfação para todos os participantes, devendo ser considerado o fato de que não existe um fim, uma conclusão para um problema, quando se trata de educação problematizadora o empenho é permanente e a transformação contínua.

A educação popular não é um nível, ou um acréscimo à educação tradicional, tampouco uma modalidade, mas sim uma convergência entre a necessidade de movimentos sociais e a dimensão de sua prática pedagógica e a necessidade de setores de educação dissidentes se reorganizarem como movimentos pedagógicos (década de 60). O que se faz necessário, para o autor, é que a educação deve aprender com a ciência que a excelência do humano está nas diferenças. A emancipação através da educação deverá também ser dirigida à superação das desigualdades sociais entre as classes de uma mesma nação, isso não significa a dissolução das diferenças étnicas e culturais, mas aponta em direção à uma sociedade igualitária, multiétnica e multicultural, onde o respeito conduz as ações. (BRANDÃO, 1995).

A educação se refaz constantemente na práxis, não aceita um futuro estático, sem possibilidade de mudanças, a educação se baseia num presente dinâmico, que está em movimento, e tem a intenção de desenvolver pessoas críticas, de si mesmos e do mundo que vivem, transformando-o. (FREIRE, 1987). O pensamento crítico e a análise das ações em todos os momentos do processo de ensino/aprendizagem seja este na universidade ou em uma unidade de saúde, o respeito às características culturais, físicas, intelectuais, financeiras e

psicológicas dos indivíduos envolvidos são as diretrizes para o cumprimento desta concepção de educação.

A educação popular em saúde implica em fazer com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, a elevar suas reivindicações e projetar caminhos. Ao colocar-se como referência no campo das práticas dos profissionais, a educação popular contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, engajados ativamente na luta pelos direitos dos usuários e com uma postura mais acolhedora na construção da autonomia das pessoas. (BRASIL, 2007).

2.6 O Cuidado e o comprometimento

O cuidado, como um entendimento de vivência, ou seja, de modo de viver das pessoas, pressupõe também, dentre tantas outras concepções, o comprometimento. Este comprometimento pode se referir à proteção, à compreensão, à fé na capacidade das pessoas em melhorar, enfim, pode-se construir uma extensa lista com o que pode significar o cuidado entendido como comprometimento. O mais importante é atentar para o fato de que para haver uma transformação verdadeira na realidade que se apresenta, se faz necessário que os profissionais se comprometam com a construção de alternativas, assim como com os resultados que virão destas, e que para isso o envolvimento com o outro e o conhecimento de suas necessidades é imperioso.

O cuidado sempre se conecta com as relações humanas e com a proteção da vida, auxiliando na compreensão das dores passadas ou as que estão por vir. Acreditar que o cuidado provém de uma ética livre, neutra, pressupondo uma absoluta autonomia do sujeito é um alheamento. O ser humano é gregário, tem caráter social e está envolvido em uma trama de conexões. O cuidado evidencia esta vinculação de todos com todos, esta reciprocidade presente e necessária que vivemos. (BOFF, 2012).

Ao experimentar o comprometimento, num ato que é corajoso, decidido e consciente, as pessoas não são neutras. A neutralidade frente ao mundo reflete apenas o medo que se tem de revelar o compromisso. Deste modo, a opção pela mudança irá determinar tanto o papel como os métodos e técnicas de ação, portanto uma ação política. É uma ingenuidade pensar num papel abstrato, num conjunto de métodos e técnicas neutras para uma ação que se dá entre homens, numa realidade que não é neutra. (FREIRE, 1979).

Esta neutralidade que trata Freire, muito conhecida entre os profissionais da área da saúde, reforçada pelo modelo positivista¹⁴ e pela maneira de ensinar e aprender nos cursos de formação desta área. O modelo supracitado desconsidera os conhecimentos populares e de certa maneira as características de cada comunidade, sejam elas físicas, psíquicas ou de tradições, lembrando que este movimento está na contramão dos princípios da educação popular, entretanto, a educação popular não deslegitima o conhecimento científico e sua contribuição para as ciências. O caminho pode estar em humanizar o cuidado, em entender e estudar o que é cientificamente comprovado e compreender que as peculiaridades de cada população devem ser levadas em consideração e mais, que alteram a percepção das pessoas com relação à doença e à saúde, assim como o sucesso do tratamento está relacionado a inúmeros fatores, sejam eles intrínsecos e/ou extrínsecos.

Freire (1979) lembra que antes de ser profissional, é uma pessoa que ali está e, sendo a primeira condição para o homem exercer um ato comprometido: a sua capacidade de atuar e sobretudo de refletir. É exatamente esta capacidade de atuar, operar, de transformar a realidade, que está associada sua capacidade de refletir, que o faz um ser da práxis. Envolve, portanto, no compromisso do profissional, seja ele quem for, está a exigência de seu constante aperfeiçoamento, de superação do especialismo, que não é o mesmo que especialidade. O profissional deve ampliar seus conhecimentos em torno das pessoas, de suas formas de ser e de ver o mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ainda ingênua da realidade, deformada pelas especialidades que possibilitam conhecer apenas parte do todo.

Um fato observado na atualidade é a superespecialização dos profissionais, sobretudo da saúde, isto gera dificuldades para os pacientes e para os profissionais, pois há muitas restrições em sua capacidade de resolver problemas com autonomia. Respeitar e se comprometer com o ser humano, também é compreender que seu organismo funciona de maneira complexa e integral, indissociável, ou seja, existe uma relação estreita, diga-se uma

¹⁴ O pensamento positivista pregava um modelo de sociedade organizada, onde o poder espiritual não teria mais importância. Na obra “Discurso sobre o Espírito Positivo” (1848), Auguste Comte afirma que o espírito positivo, que abrange a inteligência, os sentimentos e as ações positivas, é maior e mais importante que a cientificidade, que compreende apenas questões intelectuais. O método positivo caracteriza-se, de modo geral, pela observação dos fenômenos. O positivismo é uma corrente filosófica que surgiu na França no começo do século XIX. Os principais idealizadores do positivismo foram os pensadores Augusto Comte e John Stuart Mill. Esta escola filosófica ganhou força na Europa na segunda metade do século XIX e começo do XX, período em que chegou ao Brasil. Defende a ideia de que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro. De acordo com os positivistas somente pode-se afirmar que uma teoria é correta se ela foi comprovada através de métodos científicos válidos. Os positivistas não consideram os conhecimentos ligados as crenças, superstição ou qualquer outro que não possa ser comprovado cientificamente. Para eles, o progresso da humanidade depende exclusivamente dos avanços científicos. O positivismo teve muita influência na literatura. No Brasil, por exemplo, influenciou escritores naturalistas como Aluísio de Azevedo e Raul Pompéia. Curiosidade: a frase “Ordem e Progresso” que encontramos na bandeira brasileira é de inspiração positivista. (RIBEIRO JUNIOR, 1994).

sinergia entre os órgãos do corpo, da mesma forma entre as doenças de caráter psíquico e físico. O compromisso se apresenta nesta perspectiva como a compreensão e a reflexão sobre o todo que representa cada ser humano.

O compromisso nunca é um ato passivo e sim práxis, que é ação e reflexão sobre a realidade, o que implica indubitavelmente no conhecimento sobre esta mesma realidade. O compromisso somente é válido quando carregado de humanismo e só é consequente quando fundado cientificamente. Por estes motivos, os profissionais devem ampliar seus conhecimentos em torno das pessoas e sua inserção no mundo, substituindo a visão ingênua da realidade por uma visão crítica. Não é possível um comprometimento autêntico, se o indivíduo que se diz comprometido, acredita que a realidade é imutável, pois sabe-se que para transformar a realidade que se apresenta além de se comprometer com ela é necessário acreditar e lutar por esta transformação. (FREIRE, 1979).

Nesse sentido, Freire (1987) observa ainda que não é no silêncio que as relações entre as pessoas acontecem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Isto implica em que educadores e educandos inseridos criticamente na história, assumam posição de sujeitos que fazem e refazem o mundo e não simplesmente reproduzem saberes e práticas científicas, frutos de um discurso concebido como unicamente verdadeiro. Muitas vezes, são nas próprias vivências, na sua práxis existencial que se extraem demandas de aprendizagem, aprendendo com os próprios desafios. Uma vez que o aprendizado tem diferentes dimensões seu movimento permite mais do que a simples adaptação ou acomodação, ou seja, permite a transformação e a recriação da realidade instituída.

Relacionando estes conceitos com a profissão de enfermeiro, que pode ser considerada muitas vezes como educador, principalmente nas questões de educação em saúde, nota-se que a posição de sujeito, sugerida pelo autor, é a emancipação necessária para a resolutividade e a humanização necessária na área da saúde. Refere-se à emancipação no sentido de internalizar valores como a ética, o cuidado, a humanização, o comprometimento. O conhecimento científico é aliado às práticas profissionais, todavia não é sua única fonte, muitas vezes a prática é aperfeiçoada com a própria prática, pela necessidade observada pelo educador/enfermeiro. Caberia aqui ainda a importância da postura proativa diante dos problemas identificados, de uma fala que se transforma em ação resolutiva, no reconhecimento do valor do outro como ser humano que possui características, conhecimentos e cultura próprios.

Partindo do pressuposto de ‘ser humano’, também seres falantes, observa-se que pela fala constrói-se o mundo com suas relações, por este motivo o ser humano é essencialmente

alguém com relações ilimitadas. O ser humano se constrói na presença do outro, é no diálogo com o outro que as relações se estabelecem. Este outro, que possui rosto, olhar, fisionomia, o que torna impossível a indiferença, “O rosto e o olhar lançam sempre uma pro-posta em busca de uma res-posta. Nasce assim a res-ponsa-bilidade, a obrigatoriedade de dar res-postas.” (BOFF, 2008, p.139). Cuidar do outro é sempre zelar por este diálogo, para que esta ação seja libertadora.

O cuidar pressupõe uma ação interativa, esta ação está fundada em valores e também no conhecimento do ser que cuida *para* e *com* o ser que é cuidado, e este último, que em alguns momentos também é cuidador. Nesta experiência, que poderíamos chamar também de troca, o ser cuidado participa, ajudando-se, passando a ser cuidador de si, responsável total ou parcialmente pelo seu próprio cuidado. (WALDOW, 2001).

O empoderamento, de maneira simplória, é a capacidade de cada pessoa cuidar de sua própria saúde, de entender suas necessidades e conhecer os meios para a solução dos problemas enfrentados. Esse ‘poder’ atribuído aos indivíduos de maneira particular ou coletiva é possibilitado pela construção de soluções conjuntamente, ou seja, as pluralidades se unem e prol do bem comum, e neste momento a atuação do profissional enfermeiro é de grande relevância na contribuição com a conscientização sobre os processos de promoção da saúde e prevenção de doenças. Um relevante fator a considerar é a liberdade de escolha e de participação dos envolvidos no processo, pois sem estes elementos ele soaria arbitrário, para isso, cabe lembrar a indispensável capacidade atribuída ao enfermeiro de cuidar e se comprometer com as pessoas, para que se possam efetivar todas estas possibilidades.

3 CONCEPÇÕES E CAMINHOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo foi delineado o caminho metodológico trilhado por esta pesquisa. Para tanto se propôs a divisão dos assuntos em: Opção e concepção de pesquisa; Desenho metodológico da pesquisa; Os sujeitos e os espaços da pesquisa e Os instrumentos de coleta e análise dos dados.

3.1 Opção e concepção de pesquisa

A pesquisa se apresenta como meio de se conhecer a realidade e de poder, posteriormente, intervir nela de maneira consciente e responsável, com habilidades de quem conhece sobre o tema que está trabalhando/estudando. Entende-se a pesquisa como um elemento fundamental na construção e amadurecimento dos conhecimentos em diferentes níveis, ambientes, sociedades, culturas, comportamentos, opiniões dentre tantas outras possibilidades em qualquer área do conhecimento que se deseja apreciar.

Para Gil (2010), a pesquisa pode ser definida da seguinte maneira:

Pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema. (GIL, 2010, p.01).

Concordando com o autor, observa-se que a pesquisa preenche lacunas existentes em alguma área, ou ainda quando não se tem caminho algum para seguir quando se quer responder a um problema proposto. Por vezes o estado do conhecimento se encontra de tal forma fragmentado, que fica impossível se fazer relações com os temas, ou seja, se faz necessário unir as informações e a partir disto construir um novo conhecimento que seja passível de compreensão.

A pesquisa qualitativa defende que um único padrão experimental não pode ser usado por todas as ciências, ou seja, as ciências humanas e sociais teriam muitas dificuldades em legitimar seus conhecimentos por processos quantificáveis. As ciências humanas têm como especificidade o estudo do comportamento humano e social, o que faz com que tenham metodologia própria. (CHIZZOTTI, 2001).

O presente estudo tem enfoque qualitativo, pois este possibilita fazer uma ligação entre os princípios da humanização e da ética e a formação profissional. Para tanto a pesquisa

qualitativa é uma ferramenta adequada para se estudar formação do profissional enfermeiro e as práticas humanizadoras em saúde como uma possibilidade de articulação entre a educação popular e a ética do cuidado.

De acordo com Chizzotti (2001) a pesquisa qualitativa se diferencia de outras maneiras de pesquisar pela forma como apreende e legitima os conhecimentos:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (CHIZZOTTI, 2001, p.79).

Portanto a pesquisa qualitativa leva em consideração a relação subjetiva que existe entre as pessoas (sujeitos) e o mundo e como esta relação é intrinsecamente dependente mutuamente. Na pesquisa qualitativa há interpretação dos fenômenos observados, assim como há significados para cada fenômeno e estes significados são identificados e sentidos pelo observador.

A importância da valorização dos sujeitos da pesquisa pode ser entendida nesta fala de Chizzotti (2001): “Na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam.” (CHIZZOTTI, 2001, p.83). Pode-se compreender desta forma, a importância dos participantes da pesquisa e de sua capacidade/possibilidade de construir conhecimento. O respeito aos saberes de cada indivíduo e suas diferenças é elemento fundamental para que sejam apreendidos dados fidedignos à realidade que se deseja estudar.

A abordagem filosófica desta pesquisa se caracteriza como hermenêutica, que procura compreender o sentido do discurso. Pela linguagem, que é um instrumento de manifestação da realidade, o indivíduo declara e demonstra sua própria realidade. A hermenêutica possibilita a compreensão dos tantos significados que o questionamento da realidade traz consigo. (GHEDIN, FRANCO, 2011).

A hermenêutica poderia ser resumida da seguinte maneira por Ghedin e Franco (2011, p.164):

Mais do que tudo, a hermenêutica constitui o esforço do ser humano para compreender a própria maneira pela qual compreende as coisas. Ela se processa na direção do sentido, que significa a própria existência humana no mundo. Esse

horizonte não é imaginário, mas constitui a busca de compreensão de como o ser humano atribui sentido a si próprio e à realidade que se apresenta diante dele. O pensar da hermenêutica envolve uma busca da razão das significações do ser.

Pode-se atribuir à hermenêutica a possibilidade de abarcar nos conhecimentos o entendimento de como se compreende os acontecimentos. Há, nesta perspectiva, a tentativa de dar um sentido real para a vida, de compreender os porquês: porque somos assim, porque pensamos desta ou daquela maneira. Esta interpretação que busca significar o que se pensa e o que se é, pode-se dizer que é a hermenêutica.

A presente pesquisa se articula utilizando-se desta abordagem filosófica: a hermenêutica, pois buscará analisar os sujeitos e as possibilidades de uma atuação mais humanizada, pelos seus discursos. Pela fala dos entrevistados é possível compreender seu ambiente, suas posições as características que fazem com que hajam de determinada maneira, além de sua compreensão sobre a importância do tema estudado.

3.2 Desenho metodológico da pesquisa

Quanto aos fins, o estudo se caracteriza como descritivo. A pesquisa descritiva objetiva, como o próprio nome diz, descrever as características de determinado grupo ou população, ou ainda podem ter a finalidade de identificar as relações entre variáveis. (GIL, 2010).

Quanto aos meios a pesquisa é bibliográfica e de campo, pois estas estratégias foram consideradas as mais adequadas para se conseguir a densidade de informações almejada assim como a fidedignidade nos resultados.

A pesquisa bibliográfica abrange considerável bibliografia publicada em relação ao tema foco do estudo. Toda pesquisa acadêmica requer a realização de pesquisa bibliográfica, o que pode ser identificado em uma seção dedicada à revisão bibliográfica presente em praticamente todas as teses e dissertações; tem o propósito de fundamentar teoricamente o trabalho, além de identificar o atual estágio de desenvolvimento do conhecimento sobre o tema estudado. (GIL, 2010; MARCONI, LAKATOS, 2002).

A vantagem observada da pesquisa bibliográfica é o fato de possibilitar uma abrangência de fenômenos maior do que se poderia conseguir pesquisando diretamente, ou seja, quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos, separados pela história, pelo tempo, ou mesmo pela distância física, desta maneira ficaria difícil para o pesquisador percorrer todo o território necessário para a coleta dos dados, ao passo que, se há a sua

disposição bibliografia confiável e adequada, as informações poderão ser obtidas de forma mais fácil e consistente. (GIL, 2010).

A pesquisa classificada como de campo é aquela que tem como objetivo obter informações sobre um problema, ou uma hipótese que se procura responder/comprovar. “Consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presumem relevantes, para analisá-los” (MARCONI, LAKATOS, 2002, p.83).

A pesquisa de campo requer como fase inicial a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre o tema que se quer conhecer para se ter dimensão do estado em que se encontra atualmente o problema e que trabalhos já foram realizados a respeito. O segundo passo seria a determinação das técnicas que serão utilizadas para a coleta dos dados, que no presente trabalho é o questionário. (MARCONI, LAKATOS, 2002).

3.3 Os sujeitos e os espaços da pesquisa

Para a coleta de informações sobre um ou mais aspectos de certo grupo, há a impossibilidade de um levantamento de dados total, ou seja, de absolutamente toda a população alvo, parte daí a necessidade de investigar apenas uma parcela desta população. A amostragem deve ser o mais representativa possível do todo que compõe o universo a ser pesquisado, para que os resultados sejam legítimos de tal forma como se a população total tivesse sido investigada. (MARCONI, LAKATOS, 2002).

Foram os sujeitos da pesquisa, os profissionais enfermeiros de formação superior que estão atuando profissionalmente em Unidades Básicas de Saúde, Hospital Divina Providência (municipal) e Coordenadoria Regional de Saúde (19º CRS/RS) todos estes localizados no município de Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul; e os docentes enfermeiros do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI campus de Frederico Westphalen RS.

Os sujeitos enfermeiros foram determinados pela técnica de amostragem não probabilística por acessibilidade voluntária, maneira que seleciona elementos pela facilidade de acesso a eles. Na amostra não probabilística por acessibilidade voluntária participam pessoas que aceitem participar da pesquisa, podem ser os elementos mais próximos, pela facilidade de acesso pelo pesquisador. (LAVILLE, DIONNE, 1999). Portanto, nesta pesquisa serão entrevistados os enfermeiros que se dispuserem a participar, que estiverem mais próximos da pesquisadora e serão em número de aproximadamente 12 sujeitos, sendo 04

profissionais de cada unidade de saúde, por considerar este um número representativo para a coleta de dados.

Os sujeitos da amostra dos docentes foi o número total de sujeitos que tenham graduação em enfermagem, que são sete (7), ou seja, serão todos os professores enfermeiros do curso de graduação em enfermagem da URI-FW.

A presente pesquisa garantiu a beneficência, o respeito à pessoa e a justiça, devendo estes direitos ser aplicados a todos que possam ter relação com a pesquisa. Os sujeitos que se disponibilizaram a participar terão salvuardados seus direitos de anonimato e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A beneficência será garantida também pela possibilidade de publicação da pesquisa em eventos, pela disseminação dos resultados para os profissionais da saúde, assim como a possibilidade de disseminar os conhecimentos científicos. O respeito à pessoa foi garantido pela salvaguarda à integridade física e emocional de cada participante da pesquisa, assim como o anonimato. O respeito à justiça foi garantido pela ausência de recompensa financeira ou de outra natureza aos sujeitos da pesquisa, o respeito às leis e a ética.

A respeito da não maleficência, este estudo não acarretou nenhum risco percebido ou real aos participantes, assim como não originou nenhuma recompensa material aos participantes, a não ser pelo fato de estarem colaborando com a construção do conhecimento científico. Todo o material coletado na análise documental e questionários será guardado pela pesquisadora durante cinco (5) anos e após este período serão incinerados.

3.4 Instrumentos de coleta e análise dos dados

O instrumento de coleta de dados desta pesquisa foi o questionário, que foi realizado com os 18 enfermeiros. O questionário é uma série ordenada de perguntas (cinco questões para cada participante) que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do pesquisador, e juntamente com o questionário deve ser enviada uma nota explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, na tentativa de despertar o interesse do pesquisado. (MARCONI; LAKATOS, 2002).

A escolha do questionário ocorreu por possuir algumas vantagens analisando-se do ponto de vista prático, e levando em consideração as peculiaridades deste grupo: Economiza tempo e obtém grande número de dados; atinge maior número de pessoas simultaneamente; economiza pessoal para o trabalho de campo; obtém respostas rápidas e precisas, além de

proporcionar mais liberdade nas respostas visto que é anônimo; e há mais tempo para o entrevistado responder e em hora mais adequada.

A elaboração do questionário deve levar em consideração as seguintes premissas de acordo com Marconi e Lakatos (2002):

O processo de elaboração do questionário é longo e complexo: exige cuidado na seleção das questões, levando em consideração sua importância, se oferecem condições para a obtenção de informações válidas. Os temas escolhidos devem estar de acordo com os objetivos geral e específico.

Com o questionário buscou-se conhecer as concepções dos docentes e enfermeiros sobre as oportunidades de se inserir os conhecimentos e a concretização dos conceitos, para a posterior prática, sobre a humanização, e como isto poderia ser realizado através da articulação entre a educação popular e a ética do cuidado pode favorecer esta prática humanizadora dos profissionais enfermeiros.

Observando-se todas estas características e possibilidades destes instrumentos de coleta de dados, cada um com suas especificidades e rigor metodológico, acredita-se que foi possível desenvolver uma pesquisa com boa representação e confiabilidade. A análise dos dados foi a qualitativa. Para Lüdke e André a análise qualitativa é entendida da seguinte forma:

Analisar os dados qualitativos significa 'trabalhar' todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observação, as transcrições de entrevista, as análises de documentos e as demais informações disponíveis. A tarefa de analisar implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Num segundo momento essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e interferências num nível de abstração mais elevado. (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p.45).

Pode-se afirmar então, que a análise qualitativa abrange todos os dados obtidos durante a coleta, ou seja, não somente as falas, mas o que o pesquisador observa, os documentos e outros dados que serão encontrados. Observa-se que a organização do material recolhido é um elemento chave para todos os momentos da análise, e a identificação de semelhanças entre ideias, comportamentos e ambientes podem definir grupos ou padrões que facilitam a análise dos dados e posterior discussão.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A coleta de dados da presente pesquisa se iniciou no dia 23 de março de 2015, a partir desta data os questionários foram distribuídos pessoalmente pela pesquisadora, a todos os participantes da pesquisa em seu local de trabalho e em horário comercial. Inicialmente foram entregues os questionários para os professores e em seguida foram entregues os questionários para os enfermeiros em seus respectivos locais de trabalho, primeiramente na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, em seguida nas Unidades Básicas de Saúde e após estas, no Hospital Municipal Divina Providência.

Apenas um enfermeiro requisitado a participar da pesquisa se recusou, mas pôde ser substituído a tempo, e um enfermeiro professor não devolveu o questionário à pesquisadora, mesmo após algumas tentativas, totalizando, desta forma, 18 participantes. A pesquisadora coletou pessoalmente todos os questionários respondidos, sendo que o último questionário foi devolvido no dia 20 de maio de 2015.

Todos os questionários procuraram responder ao objetivo de pesquisa que é: Conhecer a formação profissional dos enfermeiros e a articulação entre educação popular e a ética do cuidado a fim de analisar suas influências nas práticas humanizadoras destes profissionais. Foi possível assim conhecer as opiniões e um pouco das experiências de colegas enfermeiros sobre os processos de sua formação profissional e suas apreciações em relação à humanização, a educação popular e a ética do cuidado.

4.1 As características pessoais consideradas determinantes na formação profissional do enfermeiro humanizador

Na primeira questão, que foi dirigida aos professores e também aos profissionais enfermeiros 1. Que características pessoais você considera determinantes na formação profissional do enfermeiro humanizador? As respostas dos professores foram as seguintes:

Para muitos participantes da pesquisa a ética aparece como uma das características pessoais que eles consideram determinantes na formação profissional do enfermeiro humanizador, como em:

P4: “Observador, comunicação, ser sincera e leal com o outro, saber ouvir, bom relacionamento interpessoal, postura, ética.”

P3: “Ética, responsabilidade com o outro, capacidade de empatia.”

E11: “Responsabilidade, ética, compreensão, comprometimento, saber escutar o paciente.”

E6: “Tem que ter convicção de que toda profissão tem um objetivo para ser exercida e o principal objetivo é a mudança do mundo para melhor. Tem que ter base de conhecimento do contexto de vida em que estamos. Unindo tudo isso à ética, temos aí um enfermeiro humanizador.”,

E4: “É importante que o enfermeiro, realize sua prática forma empática (saber se colocar no lugar do outro) saber ouvir e ter clareza que para assistir precisa saber ouvir para conhecer a realidade e a partir daí realizar a sua prática. Ser acolhedor. Realizar a prática com conhecimento técnico é parte, é necessário para que o processo se dá de forma humanizada e ético.”

Assim como para E3.

De acordo com Lévinas apud SAYÃO (2003), o sentido humano não está na consciência solitária, mas na relação, construído e fundado na interação ética, sendo nesta relação ética que o humano se manifesta. Neste sentido compreende-se que a ética é própria da práxis humanizadora, seja do enfermeiro ou do professor, que está imbuída de compromisso e responsabilidade com as pessoas.

Freire (1996, p.58) fala de ética na prática do professor, podendo ser entendido também como a ética do professor enfermeiro ou mesmo do enfermeiro realizando a educação em saúde:

Nunca me foi possível separar em dois momentos o ensino dos conteúdos da formação ética dos educandos. A prática docente que não há sem a discente é uma prática inteira. O ensino dos conteúdos implica o testemunho ético do professor. A boniteza da prática docente se compõe do anseio vivo de competência do docente e dos discentes e de seu sonho ético. (FREIRE, 1996, p.58).

Esta unificação do conteúdo a ser trabalhado, seja ele em qualquer disciplina, (ou na formação inicial, na educação permanente, na educação em saúde com os pacientes) e a ética, é uma das ideias geradoras deste trabalho, não existindo possibilidade de dicotomizar estas teorias/práticas. Entende-se que a ética é inerente à existência e à convivência, como poderia um professor não ético ensinar a postura ética aos seus alunos, e mais, cobrá-la depois? Seria esta uma falsa ética, ou ainda uma ética que só existe na aparência, enquanto é vigiada?

Ainda em relação à questão numero 1, P5, E12 e E3 falam em solidariedade, sobre esta consideração Rios (2011) comporta que “a solidariedade se afirma na consideração do outro para além dos deveres, das prescrições. Nela se evidencia a disponibilidade para ‘sentir junto’, partilhar efetivamente a existência, na pluralidade de valores.” (RIOS, 2011, p.95).

P5: Primeiramente, apesar da redundância, a pessoa tem de ser humana. Se importar com o outro, ter empatia, ser solidário e nada egoísta.

E3: Ética profissional, conhecimento teórico, conhecimento prático (técnicas), conhecer os fatores que são mais relevantes e importantes para cada situação clínica, saber ouvir as pessoas e o cliente, fazer o acolhimento, envolver paciente, família, equipe de enfermagem e outros membros da equipe de saúde, diálogo com pessoas e equipe multiprofissional, solidariedade, ações de colaboração, sensibilizar-se com a dor, agente humanizador.

Portanto ser solidário é entender que temos o dever de cuidar e que este cuidado pode ser muito mais que apenas tratar uma doença específica, que vai além, com solidariedade partilha-se de histórias de vida, entende-se que não somos seres avulsos ou diferentes de nossos pacientes, somos parte de um todo que se distingue apenas por estar vivendo em contextos diferentes não em mundos diferentes.

Na resposta desta mesma questão (nº 1), E12 se refere à expressão, ou seja, demonstrar o que se sente, e a relação desta expressão com a humanização:

Acho que se o profissional de saúde conseguir expressar a sua humanidade já poderá se dizer um profissional humanizado (acho que passa muito por isso: expressar). As características que considero importantes são: respeito, solidariedade, empatia, fortalecer a autonomia. (E12).

Relativo a este assunto, Waldow (2001,p.144) reforça a importância de expressar os sentimentos e transmitir o conhecimento:

Para que o cuidado realmente ocorra na sua plenitude, a cuidadora deve expressar conhecimento e experiência na performance das atividades técnicas, na prestação de informações e na educação ao paciente e sua família. A isso deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade.

Esta maneira humanizada de agir, expressando claramente o cuidado, a sensibilidade, as habilidades, a preocupação com o paciente, é excelente maneira de realizar o cuidado, pois demonstra para cada pessoa sua importância e sobretudo, respeita sua individualidade. Para tanto se faz necessário um ambiente de cuidado, onde todos estão comprometidos com os resultados almejados e demonstram empatia.

De forma geral, entendo por relações de cuidado aquelas que se distinguem pela expressão de comportamentos de cuidar, que as pessoas compartilham, tais como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros. Dessa forma, cria-se um ambiente ou clima de cuidado no qual seus valores são enaltecidos. Em um ambiente de cuidado, as pessoas sentem-se bem, reconhecidas e aceitas como são; conseguem se expressar de forma autêntica e se preocupam umas com as outras no sentido de atualizar informações, fornecendo e trocando ideias, oferecendo apoio e

ajuda e se responsabilizando e comprometendo com a manutenção do clima de cuidado. (WALDOW, 2004, p.133).

As relações de cuidado ocorrem em qualquer lugar, entretanto em um ambiente profissional o clima de cuidado deve imperar, ou seja, a iniciativa do cuidado e o desejo verdadeiro de resolver ou amenizar problemas devem ser os objetivos primeiros de uma unidade de saúde para que se possa referir a esta como um local verdadeiramente de cuidado.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização criou cartilhas que têm a intenção de nortear as ações dos profissionais de saúde, a ambiência é uma delas e refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e, sobretudo humana; indo muito além da composição técnica e formal dos ambientes passando a considerar as situações que serão vivenciadas neles. Isso tudo leva em consideração não somente a disponibilidade e acolhimento dos profissionais (sendo este o ponto chave), mas também elementos que irão reforçar a acolhida como, por exemplo, a iluminação do ambiente, o odor dos ambientes, o som, as cores dos objetos e paredes, o tratamento das áreas externas, a garantia de privacidade, a confortabilidade, dentre outros. (BRASIL, 2011).

Ser tolerante, comunicativo, observador, e sobretudo saber ouvir, são características identificadas por:

P4: “Observador, comunicação, ser sincera e leal com o outro, saber ouvir, bom relacionamento interpessoal, postura, ética.”

P1: “Responsável, comunicativo, bom senso, ter conhecimento, ser tolerante e paciente.”

E11: “Responsabilidade, ética, compreensão, comprometimento, saber escutar o paciente.”

E8: “Empatia, boa comunicação, interesse pessoal, profissionalismo.”

E também para E9, E3 e E2.

Pode-se classificar estes comportamentos como a capacidade de falar e escutar as pessoas, pois para ser tolerante e observador precisa-se ouvir o outro, assim como para ser comunicativo é preciso falar, não obstante todas estas características são permeadas pela ética.

Freire faz algumas considerações sobre falar e escutar:

O primeiro sinal de que o sujeito que fala sabe escutar é a demonstração de sua capacidade de controlar não só a necessidade de dizer a sua palavra, que é um direito, mas também o gosto pessoal, profundamente respeitável, de expressá-la. Quem tem o que dizer tem igualmente o direito e o dever de dizê-lo. É preciso, porém, que quem tem o que dizer saiba, sem sombra de dúvida, não ser o único ou a única a ter o que dizer. Mais ainda, que o que tem a dizer não é necessariamente, por

mais importante que seja, a verdade alvissareira por todos esperada. (FREIRE, 1996, p.73).

Saber escutar perpassa pela capacidade de analisar os comportamentos e necessidades, seja dos pacientes, seja dos alunos, ser comunicativo na medida certa significa falar e silenciar também, pois as pausas são muito importantes no atendimento aos pacientes, muitas vezes são nestes momentos que o profissional de saúde “pega fôlego” é que o paciente consegue encaixar sua fala, suas queixas para além da doença. Poderia ser incluída aqui ainda a humildade como cita E9: “No meu ponto de vista são: respeito, humildade, boa comunicação, ser um bom ouvinte, ter paciência, gostar de trabalhar com pessoas.” uma característica complementar a estas citadas, pois caminham em paralelo à capacidade de escutar as pessoas, de compreender que todos têm algo a dizer, mas que também todos devem ouvir, pois, não escutando corre-se o risco de não termos mais o que dizer.

Muitos dos entrevistados requisitaram o termo: empatia, buscou-se compreender a significação do termo e suas raízes, chegando ao entendimento de alteridade:

P5: “A pessoa tem de ser humana. Se importar com o outro, ter empatia, ser solidário e nada egoísta.”

P3: “Ética, responsabilidade com o outro, capacidade de empatia.”

E10: “Responsabilidade no cuidado, empatia com o paciente, respeito quanto aos costumes e crenças de cada paciente, diálogo, conseqüentemente a criação de um vínculo afetivo e também oferecer o melhor atendimento para este paciente.”

E2: “Saber se colocar no lugar do outro para poder entender o contexto da situação, valorizar os sentimentos das outras pessoas, ser compreensivo e atento a tudo e não somente nos sintomas descritos.”

E1: O enfermeiro humanizador deve principalmente ter conhecimento do histórico do indivíduo que está atendendo, ele deve estar apto a atender e tratar qualquer indivíduo da mesma forma, com carinho e dedicação, independentemente de religião, raça, cor, sexo, ou qualquer outra característica que diferenciam os seres humanos.

Assim como em: P1, E12, E8, E5, E4,

Empatia também pode ser interpretada como comprometimento, responsabilidade, colocar-se no lugar da outra pessoa, pode ser interpretada como alteridade, que para Lévinas (apud COSTA e CAETANO, 2014) é constituir-se para o Outro, através de seu Rosto, desenvolvendo assim a sensibilidade e a responsabilidade com o outro¹⁵.

¹⁵ Na área da saúde estes termos se relacionam ao Acolhimento: processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até sua saída, ouvindo suas queixas, considerando suas angústias e preocupações, fazendo uso da escuta qualificada e, desta forma garantindo a atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação das redes de serviços para a continuidade da assistência. Acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica no compartilhamento de saberes, angústias. Colocar em ação o acolhimento requer uma atitude de mudança que implica na análise e revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão no SUS. (BRASIL, 2011).

O conceito de alteridade já existia previamente à Lévinas, entretanto ele fundamentou sua filosofia, sua nova ética no significado de alteridade. No Dicionário de Filosofia, o termo significa: “Ser outro, colocar-se ou constituir-se como outro”. (ABBAGNANO, 2007, p.34). Já o termo empatia, citado pelos profissionais que responderam o questionário, no Dicionário Léxico de Português (2015) empatia é: Capacidade de entender emocionalmente uma pessoa ou objeto; Habilidade de identificação emocional com outra pessoa; Identificação pessoal e emocional com o eu de outro indivíduo. Diante do exposto pode-se compreender então a alteridade como a significação do termo empatia usado pelos enfermeiros.

A alteridade inclui aceitar diferenças, assim como assumir responsabilidades para com as outras pessoas, para Lévinas (2005) o Outro é visto como um Rosto e este Rosto nos remete à responsabilidade inata, ou seja, esta responsabilidade não carece de aceitação ou interrogação, ela existe, é real e é vívida.

É nessa busca de assumir a responsabilidade pelo Outro, expressada no Rosto, que cabe a cada um tornar-se humano com o próximo. É a partir da responsabilidade, expressa no Rosto, no face a face da vida cotidiana, que se tem um valor pela Alteridade.[...] nessa dimensão de sensibilidade o ser humano é aberto para o Outro, que necessita da sua atenção. A sensibilidade seria o caminho para uma melhor relação e compreensão do ser humano. (COSTA e CAETANO, 2014, p.205).

Portanto presume-se que a humanização perpassa pela reponsabilidade pelo outro, assim como pelo comprometimento (termo semelhante), e observa-se a alteridade como a base filosófica e ética para que a humanização se concretize na vida dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros.

Este entendimento de alteridade como uma responsabilidade, uma aceitação irrestrita das outras pessoas, faz pensar em justiça, em tratamento de iguais. E em uma sociedade tão intolerante e desumana, nada mais necessário que aceitar as diferenças. Para Rios as diferenças existem, mas a autora ressalta a igualdade de direitos:

Justiça é igualdade na diferença. Somos diferentes, homens e mulheres, adultos e crianças, cristãos e mulçumanos. Mas somos iguais em direitos, iguais no direito de ter direitos, de criar direitos. Somos, portanto, diferentes e iguais. O contrário de igual não é diferente. É desigual, e tem uma conotação social e política. A afirmação da identidade se dá na possibilidade da existência da diferença e na luta pela superação da desigualdade. (RIOS, 2011, p.95)

A autora traz a concepção de que a identidade se afirma na possibilidade de ser diferente, suplantando a desigualdade, nada mais adequado para que isto se torne realidade

que a – alteridade – maneira pela qual há compromisso e respeito pelos indivíduos independentemente de cor da pele, opção sexual, gênero ou classe social.

4.2 Os momentos da vida acadêmica em que as práticas humanizadoras podem ser desenvolvidas

Ao perguntar aos professores sobre a questão número dois que diz: Em quais momentos da vida acadêmica você considera que podem ser desenvolvidas as práticas humanizadoras na formação profissional do enfermeiro? A pergunta inicialmente tinha a intenção de compreender em quais momentos na prática diária das disciplinas, se durante a aula expositiva, se por exemplos e estudos de casos, se nos campos de estágio em um contato maior com a realidade das pessoas das quais se cuida. Não sendo necessariamente em quais disciplinas isso seria possível, mas em quais situações, certamente houve um problema na construção da questão que não ficou suficientemente clara.

A unanimidade das respostas em dizer que em todas as disciplinas as práticas humanizadoras podem ser desenvolvidas, demonstra a extensa possibilidade de trabalho do docente no auxílio do desenvolvimento de habilidades e de consciência humanizadora nos estudantes em qualquer nível da formação. Como para P6, P5, P4, P3, P2 e P1:

P6: “Acredito que todas as disciplinas que compõem o curso de Graduação em Enfermagem devam abordar as práticas humanizadoras. A Enfermagem é a arte de cuidar, não existindo um cuidado afetivo sem a humanização estar presente.”

P5: “Considero que em toda a vida acadêmica as práticas humanizadoras devem ser desenvolvidas, do primeiro ao décimo semestre.”

P4: “Penso que em todos os momentos, sendo assim uma construção e uma busca constante durante a graduação de discussões referentes ao cuidar humanizado.”

P3: “Em todas as fases do Curso e em todas as disciplinas.”

P2: “Em todos os momentos, pois o Curso desde os primeiros semestres é trabalhado o cuidado humanizado”

P1: “Em todas as disciplinas, mas especialmente nas disciplinas específicas.”

Eis aqui a responsabilidade do professor para com seus alunos, sobretudo a necessária vivência e a demonstração do exemplo para reforçar o aprendizado. Concordando com Freire (1996):

Não posso apenas falar bonito [...], o meu discurso sobre a teoria deve ser o exemplo concreto, prático, da teoria. Sua encarnação. Ao falar da construção do conhecimento, criticando a sua extensão, já devo estar envolvido nela, e nela, a construção, estar envolvendo os alunos. (FREIRE, 1996, p.27)

Observa-se com esta fala de Freire, a imprescindibilidade do exemplo como prática diária seja do professor, ou do enfermeiro, ou ainda, do professor enfermeiro. A teoria e a prática devem andar paralelamente na vida profissional e acadêmica, e certamente uma excelente maneira de demonstrar as possibilidades reais que existem para se realizar um trabalho humanizado é através do exemplo, tanto com a demonstração de possibilidades de atuação como uma vivência do professor, ou seja, como valores internalizados, vividos por estes.

O antigo discurso de que – “a teoria é diferente da prática” simplesmente não é mais aceito, pois uma postura diferenciada, de métodos que respeitam a diversidade das pessoas envolvidas no processo de ensino aprendizagem, é urgente em nossa sociedade atual. As justificativas para uma educação bancária já não valem, a utilização da coerção para “educar” é incompatível com os tempos líquidos que vivemos¹⁶, insere-se aqui as atitudes de cuidado como uma alternativa que insere as pessoas no processo de mudança de uma educação dura, rígida, em momentos de troca, de interação.

O cuidado não tem tempo nem espaço: inicia antes da interação de cuidado propriamente dita, entre cuidadora e ser cuidado, e prolonga-se após o seu término, produzindo efeitos e propiciando mudanças que poderão contribuir para os próximos momentos reais, isto é, em que a interação se concretize com a presença de ambos. (WALDOW, 2001, p.151).

Esta fala reitera que não há um período específico para que ocorra o cuidado, a questão indaga em que momentos da vida acadêmica a humanização pode estar presente, e observou-se a conscientização dos mesmos sobre a necessidade de desenvolver as práticas humanizadoras em todos os momentos da formação, e não apenas em estágios ou em outras práticas. O cuidado humanizado deve estar presente em todas as relações, inclusive a do professor-aluno, no sentido de haver uma relação de cuidado recíproca, onde o diálogo impera. Muitos exemplos podem ser mostrados sobre como o professor pode atuar incentivando o cuidado humanizado, como quando o professor auxilia na resolução de conflitos entre os estudantes, como o tratamento respeitoso que se ensina a ter com uma pessoa idosa, a conversa lúdica que se ensina a ter com as crianças, o entendimento que se ensina sobre a importância do conhecimento popular, e muitos outros.

¹⁶ Para BAUMAN (2001, p.100) Num mundo em que coisas deliberadamente instáveis são matéria-prima das identidades, que são necessariamente instáveis, é preciso estar constantemente em alerta; mas acima de tudo é preciso manter a própria flexibilidade e a velocidade de reajuste em relação aos padrões cambiantes do mundo “lá fora”.

4.3 O desenvolvimento da formação humanizadora proporcionado pela matriz curricular do curso de enfermagem

Ao perguntar aos participantes sobre (questão número 3): Você considera que a matriz curricular do curso de enfermagem proporciona momentos para que se desenvolva a formação humanizadora do profissional enfermeiro? Em que disciplinas? Todos responderam que sim, que a matriz curricular do curso proporciona momentos para o desenvolvimento de uma formação humanizadora e sobre as disciplinas acreditam que em todas ou em quase todas isto se faz possível, como para

P6: “Sim. Acredito que a grande maioria das disciplinas fornece a oportunidade, mediante suas ementas, dos docentes estarem abordando acerca da humanização do cuidado. Isso se faz muito mais presente nas disciplinas específicas para a formação do enfermeiro.”

P5: “Sim. Considero. Em todas as disciplinas específicas do Curso.” e

P2: “Sim. Em todas ou a maioria das disciplinas.”

Todos consideram que a matriz curricular proporciona momentos para a formação humanizadora, entretanto, apenas três responderam em quais disciplinas isto seria possível, sendo que alguns deles se referem as disciplinas específicas do curso para reforçar que estas são as mais propícias para a formação humanizadora, que seriam as Ciências da Enfermagem.

P4: “Sim. Permeia vários semestres como, por exemplo, pelas básicas/iniciais. Introdução a Ciência e a Arte no cuidado, Semiologia I e II, abordando o cuidado humanizado no exame físico do paciente, Fundamentos, Enfermagem Saúde Coletiva e as políticas de Saúde, Enfermagem no cuidado do adulto, mulher...” P3: “Sim. Nas disciplinas de Saúde Coletiva e nas disciplinas específicas do Curso.” e P1: “Especialmente nas disciplinas específicas da enfermagem. Desde Fundamentos do Cuidado Humano I que é a prática em laboratório até a disciplina de Bloco Cirúrgico.”

De acordo com BRASIL (2001), as Ciências da Enfermagem incluem quatro eixos de conhecimentos específicos da profissão que seriam: a) Fundamentos de Enfermagem (conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro); b) Assistência de Enfermagem (conteúdos que compõem a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, os princípios éticos, legais e humanísticos); c) Administração de Enfermagem (conteúdos da administração do processo de

trabalho e da assistência de enfermagem) e d) Ensino de Enfermagem (conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da licenciatura em enfermagem).

Apesar destas determinações para as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem, em seus 16 artigos, não consta a deliberação a respeito da criação de disciplinas ou conteúdos específicos que tratam da humanização. Em alguns momentos observa-se a alusão aos princípios humanizadores como no art. 3º que se refere ao perfil do egresso, preconizando uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Mais adiante no art. 5º sobre os conhecimentos requeridos para o exercício da profissão, traz que o enfermeiro deve compreender a natureza humana em suas dimensões, expressões e fases. E em seu parágrafo único considera que a formação do enfermeiro deve, dentre outras, assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Como supracitado não existe uma determinação específica para disciplinas ou conteúdos específicos sobre humanização, deixando a cargo das universidades, que gozam de liberdade na articulação das disciplinas. Apesar desta constatação, observa-se, de acordo com as respostas dos questionários, que há uma tendência dos cursos de enfermagem em adaptar seus conteúdos aos princípios da humanização, inserindo conhecimentos pertinentes a esta política transversal em diversos momentos e disciplinas.

Apesar disto, há a presença cada vez mais forte da humanização nas matrizes curriculares dos cursos de enfermagem, o que certamente ocorre por uma necessidade cada vez maior de aproximação entre as pessoas, de compreensão, causada, acredita-se por um distanciamento entre os entes uma fluidez das relações que acaba por trazer insegurança a todos os envolvidos, este comportamento foi outrora prescrito pelos professores dos cursos de enfermagem para que não houvesse “envolvimento” com os problemas dos pacientes, como se isto fosse possível. Para Waldow existem três fatores que influenciaram estas mudanças:

As novas tendências na educação, em especial na educação em enfermagem, conduzem à busca de um modelo mais humanista e crítico. Três fatores principais parecem ter influenciado e motivado um movimento para a mudança curricular: as mudanças no contexto dos sistemas de saúde e as tendências para o futuro que se delineiam; a dimensão profissional caracterizada por uma necessidade de reciclagem em função das demandas na área de saúde; e a dimensão curricular. (WALDOW, 2001, p.181).

Este modelo mais humanista e mais crítico emerge do cuidado e este mesmo cuidado prevê, dentre outras coisas, o empoderamento, e com este a possibilidade de individualização, mas principalmente de acreditação por parte do profissional de que uma transformação é

possível. Para tanto o currículo deve ter fundamentação humanizadora e uma preocupação expressa em disciplinas e conteúdos que tratem do assunto com seriedade.

Um currículo centrado no cuidado humano evidentemente deve ser visualizado sob o prisma do paradigma humanístico. Embora existam diferentes formas de entendimento, o cuidado humano requer um enfoque humanista compatível com sua filosofia. O cuidado humano pensado como um processo que envolve crescimento deve, por sua vez, na área de educação, ter como meta tal ideologia, ou seja, acreditar que todas as pessoas sejam capazes de crescer e de ter desejo para crescer, empreendendo esforços no sentido de alcançar a sua auto-realização. (WALDOW, 2001, p.185).

O cuidado envolve a educação de maneira profunda a tal ponto de se poder afirmar que um não existe sem o outro, e esta relação envolve o empoderamento dos sujeitos como condição *sine qua non*¹⁷. O processo ensino e aprendizagem, que pode-se adequar para a relação do enfermeiro com o paciente, submerge no empoderamento, pois compreender que todas as pessoas têm capacidade de aprender e possibilidade de ensinar é o primeiro passo para empoderar.

Aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender. Não temo dizer que inexistente validade do ensino de que não resulta um aprendizado em que o aprendiz não se tornou capaz de recriar ou de refazer o ensinado, em que o ensinado que não foi apreendido não pode realmente ser aprendido pelo aprendiz. (FREIRE, 1996, p. 12).

Esta capacidade de refazer o que já foi feito de outra forma pode demonstrar como traz Freire a capacidade transformadora do conhecimento, no sentido que, quando da apropriação do conhecimento o sujeito utiliza-o da melhor maneira que lhe convém, adaptando-o à sua realidade, à sua vida, à sua família. É muito importante saber que o que se ensina para o paciente no momento da educação em saúde deverá deixar a possibilidade de adaptação aberta, não sendo efetivo o tipo de educação bancária que não aceita inovações.

A mudança nas relações entre docentes e discentes, conforme prevê a revolução curricular, preocupa-se com a questão do poder considerado como uma resultante, isto é, no sentido de ambas sentirem-se empoderada, oportunizadas por uma relação em que predomine o diálogo, em que as discussões sejam de caráter participatório, em que as capacidades e individualidades sejam respeitadas, e em que ambas busquem a construção do conhecimento. (WALDOW, 2001, p.183).

Ao entender as individualidades dos sujeitos diante da realização da educação em saúde, neste momento está acontecendo a educação popular. A educação popular é a base

¹⁷ Condição sem a qual não pode ser, não há. (grifo nosso).

fundante de todo o processo educacional que procura através do diálogo transpor as barreiras do modelo tradicional (bancário) de ensino respeitando as diferenças.

A Educação Popular é compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, idéias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação. (BRASIL, 2012b, p.06).

A educação popular é prioritariamente participativa, valoriza a cultura e os modos de ser da população a qual se propõe e os subsídios que a compõe são abrangidos pelos processos de educação em saúde também, transformando-a desta maneira em educação popular em saúde.

4.4 A formação inicial e as oportunidades para que os enfermeiros conheçam os preceitos da humanização

Ao perguntar aos professores enfermeiros sobre a quarta questão que foi: Você acredita que a formação inicial é a única oportunidade para que o futuro enfermeiro conheça os preceitos da humanização e posteriormente, munido destes conhecimentos, coloque-os em prática? Outra vez a resposta é unânime, todos acreditam que não, que a formação inicial não é a única oportunidade para que o enfermeiro conheça os preceitos da humanização. P6 acredita que mesmo a formação inicial sendo humanizadora, após formado o enfermeiro poderá realizar pós-graduações e cursos sobre o assunto

P6: “Não. Acredito que a formação inicial voltada para a humanização é importantíssimo, contudo, penso que em outros momentos, o já enfermeiro então, poderá ser sensibilizado para o cuidado humanizado como nas pós-graduações e em cursos de formação continuada e permanente.”

P5: “Não. As práticas humanizadoras devem acompanhar o indivíduo sempre. A Educação Permanente é um exemplo que pode ser utilizado. E não é só a formação acadêmica que contribui para isso; é essencial a formação pessoal, o querer.”

P4: “Acredito que vai depender de cada indivíduo ir em busca do conhecimento, assim, a formação inicial pode dar a base apenas, sendo necessário às vezes a busca ou aprofundamento de tal em um segundo momento.”

P3: “Não. Em todos os momentos deve ser abordado.”

P2: “Acredito que não. Pois deve ser um aprendizado contínuo.

P1: “Não é a única oportunidade, mas a formação é o primeiro contato e é essencial.”

Freire considera sobre a formação permanente dos professores, podendo ser entendida também para os profissionais de saúde, ou ainda de qualquer área, pela abrangência e relevância de suas palavras:

Na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser tal modo concreto que quase se confunde com a prática. (FREIRE, 1996, p.22).

A literatura registra uma variedade de expressões, sendo as mais frequentes para designar termos que são muito semelhantes entre si: treinamento em serviço, educação no trabalho, educação em serviço, educação continuada, educação permanente; conceitos que foram se apresentando na área da saúde, mas mantendo significados semelhantes, podendo ser atribuídos tanto aos programas pontuais de capacitação inicial para o trabalho ou atualização científica e tecnológica, logo transitórios. A educação continuada também é definida como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida.

Em 1980, por inspiração Freireana, aparece o conceito de competência processual, incluindo tanto as experiências de nível individual quanto coletiva. Esta abordagem contribui para a ampliação do conceito de educação permanente, orientada para enriquecer a essência humana e suas subjetividades, em qualquer etapa da existência de todos os seres humanos e não somente de trabalhadores (CECCIM, 2005).

Em 1978, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) conceitua a educação continuada como sendo um processo permanente que tem início após a formação básica e tem a intenção de atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou de um grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais. Em 1982 a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a educação continuada como um processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal a aprender competências importantes para o seu trabalho (CECCIM, 2005; NIETSCHE et al.,2009).

Imbernón traz a concepção sobre a formação docente podendo ser aplicada a formação de outras profissões, no sentido do comprometimento e da cultura das pessoas:

A função docente se move em contextos sociais que, cada vez mais, refletem forças em conflito. Isso significa que as instituições ou cursos de preparação para a formação inicial deveriam ter um papel decisivo na promoção não apenas do conhecimento profissional, mas de todos os aspectos da profissão docente,

comprometendo-se com o contexto e a cultura em que esta se desenvolve. (IMBERNÓN, 2011, p.64).

O conhecimento profissional, como o autor cita, perpassa por aspectos que vão muito além das “técnicas”, no caso dos enfermeiros: das habilidades manuais, e dos conhecimentos científicos, estes são realmente importantes, mas não bastantes para se formar um profissional que saiba que atitudes tomar diante da realidade que lhe será apresentada pela vida. Por estes motivos, a educação deve ser constante, continuada, permanente, o termo varia, o que não pode variar é a necessidade de estar sempre atento às demandas de pessoas precisam ser tratadas humanamente. A instituição que realiza a formação inicial influencia fortemente a experiência profissional:

A experiência educacional acerca do cuidado fornecida pela instituição formadora pode também influir, assim como a experiência com o sistema de saúde, a relação com superiores imediatos e com a equipe, o manejo com a autoridade e a experiência com situações prévias de cuidado. A intuição é também um componente essencial e bastante relacionado à experiência. O conhecimento representa não só aquele adquirido na academia, como também a experiência e o interesse em manter-se atualizada. Mesmo que as escolas forneçam o conhecimento básico, cuidadoras devem buscar a complementação do conhecimento, atualizando-o. (WALDOW, 2001, p.155).

Esta busca pelo conhecimento pode acontecer de inúmeras maneiras, em pós-graduações como especializações ou aperfeiçoamentos, em cursos oferecidos por universidades ou órgãos governamentais, em palestras com outros profissionais e até mesmo em encontros entre os profissionais da própria unidade de saúde onde se trabalha para uma troca de experiências, engrandecendo assim os conhecimentos e formas diferentes de lidar com problemas comuns à todos.

4.5 A formação profissional e a prática da educação em saúde

A quinta questão elaborada para os professores: A sua formação profissional colaborou de que maneira para a prática da educação em saúde?

Para P5 e P4 a educação em saúde muda a realidade das pessoas

P5: “Através da minha formação profissional pude visualizar outros mundos, perceber outras realidades. E que para mudá-las/melhorá-las, a melhor “arma” a ser utilizada é a Educação em Saúde.”

P4: “Colaborou no sentido de desenvolver habilidades para a tomada de decisões na busca pela melhoria da qualidade de vida dos sujeitos/grupos sociais que interagem

e necessitam de mudanças, onde todos possam estar envolvidos, através da troca de experiências.”

Como cita P6, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde prevê a educação em saúde e mais, que esta seja realizada em consonância com a educação popular:

P6: “Durante toda minha formação, fui sensibilizada quanto à importância da educação em saúde junto à prática profissional do enfermeiro. Isso se faz mais presente no momento em que me deparei com os princípios e diretrizes do SUS, onde percebi que a educação em saúde está muito forte junto a ele.”

No Sistema Único de Saúde, através de publicações do Ministério da Saúde, existem programas e políticas que fomentam as práticas de educação em saúde pelos profissionais, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, dentre outras cartilhas e recomendações.

As origens da Educação Popular remetem à Paulo Freire em experiência exitosas na alfabetização de adultos, modelo que demonstra alternativas à educação tradicional (bancária), principalmente a partir de 1960:

O referencial político-pedagógico da Educação Popular começa a ser delineado e consolidado na década de 1950, com raízes motivadoras ligadas à história de luta social, de resistência dos setores populares da América Latina, conjugando várias concepções. Como teoria do conhecimento no campo da educação, a Educação Popular foi constituída a partir de sucessivas experiências entre intelectuais e as classes populares, desencadeando iniciativas de alfabetização de jovens e adultos camponeses, nas décadas de 1950 e 1960, quando grupos de educadores buscavam caminhos alternativos para o modelo dominante de alfabetização. Estes grupos ansiavam constituir tecnologias educativas capazes não apenas de ensinar as pessoas a lerem as palavras, mas sim empreenderem uma visão crítica do mundo, para então construir caminhos, com autonomia e alteridade, na perspectiva da emancipação social, humana e material. Destacou-se o trabalho do Serviço de Extensão Cultural da recém criada Universidade de Recife, no qual professores como Paulo Freire qualificaram a sistematização da Educação Popular e impulsionaram a promoção de diversas experiências no campo da alfabetização e da cultura popular. (BRASIL, 2012, p.05).

A educação popular em saúde vem como uma estratégia de ação que une os preceitos da educação popular à educação em saúde, esta associação entre as duas vertentes foi de grande valia para os profissionais de saúde, agregando maneiras para que a comunicação e as informações sobre saúde chegassem de forma clara e participativa aos pacientes.

No campo da saúde, a emergência da Educação Popular ocorre especialmente a partir da década de 1970, no contexto da inacessibilidade das camadas populares aos precários serviços públicos, da inserção marginal no mercado de trabalho que excluía os trabalhadores dos benefícios da seguridade social. Destes processos, estrutura-se uma aliança entre intelectuais, trabalhadores e técnicos da saúde, lideranças e ativistas populares, que questionam o modelo vigente de atenção à saúde, buscando organizar os serviços de modo alternativo, fazendo avançar a luta pelo direito à saúde. A partir de muitas práticas comunitárias e reflexões de cunho teórico e acadêmico, foram surgindo as bases do que hoje se constitui Educação Popular em Saúde, uma conjunção de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social, apostando na construção do novo. Esse processo imprime direcionalidade política às práticas de educação popular em saúde para um projeto de sociedade. (BRASIL, 2012, p.07).

A educação popular em saúde transforma a condição de marginalização para uma condição de autonomia e afirmação da capacidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas no processo. Com base conceitual na educação popular, a educação popular em saúde se constitui como um elemento desencadeador de empoderamento e valorização dos sujeitos, como uma mudança de vida e não apenas como mais um conhecimento agregado.

P1 exemplifica em que locais pode-se realizar a educação em saúde:

P1: “Através das práticas assistenciais nas escolas, estratégias de saúde da família, dentro do ambiente hospitalar, percebendo que quando se visualiza o cuidado também como uma atividade de educação em saúde.”

Demonstrando que a educação em saúde pode ocorrer em muitos locais e momentos diferentes e não somente dentro de ambientes educacionais. Realizar estas práticas inclui, por exemplo, explicar ao paciente e seus familiares as causas da doença que o acomete de maneira simplificada, procurando ficar disponível a questionamentos sobre a patologia, tratamento, além de fornecer apoio emocional.

4.6 A formação inicial e as práticas humanizadoras

O questionário realizado com os enfermeiros destaca alguns conceitos que podemos observar em suas falas a partir da questão número 2 (a questão 1 já foi trabalhada acima) 2. As práticas humanizadoras fazem parte da formação inicial dos enfermeiros? Em que momentos?

Para a E10, E8, E5, E4, E3, E2 e E1 a formação inicial é permeada pelas práticas humanizadoras:

E10: “Sim, as práticas humanizadoras fazem parte da formação inicial dos enfermeiros, pois, durante a graduação e os estágios curricular tanto hospitalar quanto na saúde pública este assunto é bem enfatizado.”

E8: “No período de formação, desde o início do processo educativo profissional. É fundamental boa avaliação dos alunos, para que se intensifique, caso observado a deficiência, práticas humanizadoras, sensibilizando e ajudando no desenvolvimento das habilidades necessárias para bom desempenho.”

E5: “As práticas humanizadoras fazem parte da formação inicial dos enfermeiros, desde a vida acadêmica até após a conclusão de sua formação, andando juntos no decorrer de toda a vida profissional. O enfermeiro deve agir em cima da ética profissional, respeitando cada paciente como ser único, não fazendo de sua rotina um trabalho “mecanizado” e sim, um trabalho individual, de respeito e amor ao próximo, ouvindo cada paciente, respeitando aquele momento vivenciado.”

E4: “Na época de minha formação, a formação se dava prioritariamente dentro dos princípios éticos e de forma humanizada sim, considerando o entendimento da época, alguns conceitos mudam a partir do aprimoramento dos conhecimentos e das mudanças sociais que acontecem onde o indivíduo está inserido. É necessário que se compreende o meio, a ambiência e as condições sociais onde o indivíduo está inserido. A valorização do ser humano deve acontecer no seu contexto sócio familiar.”

E3: “Creio que sim. Ao iniciar as disciplinas teórico-práticas onde ainda é acadêmico, começam as vivências direcionadas ao cuidado, que sem dúvida, a meta da enfermagem é colocar o paciente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele.”

E2: “As práticas humanizadoras devem fazer parte da formação dos enfermeiros desde o início da sua formação até o final da prática da profissão. As disciplinas iniciais da graduação já abordam o assunto e preparam o futuro profissional para atuar em capo de estágio de forma humanizadora e com respeito ao usuário do serviço.”

E1: “Sim, desde o início da graduação se fala em humanização, no momento de campos de estágio, praticamos a humanização tanto nos cuidados em um setor hospitalar, quanto na saúde pública.”

Houve, a partir de 2003 pela Política Nacional de Humanização, uma imposição do tratamento mais humanizado a ser oferecido aos pacientes em todas as instâncias de atendimento de saúde, e observa-se pelos discursos que todos os entrevistados têm conhecimento, no mínimo, das noções básicas da referida política, entretanto isto não se efetiva nos relatos empíricos, de senso comum das pessoas, que continuam referindo a falta de humanização no atendimento. Nota-se que esta política de saúde ainda não se internalizou nos profissionais enfermeiros, na teoria eles demonstram ter conhecimento, mas a prática demonstra uma atitude diferente, fria, impessoal e por vezes rude com os pacientes.

Reitera-se aqui, na fala de E12 e E7, a importância do contato do aluno com a prática nos ambientes de saúde e importância do exemplo do professor:

E12: “Acho que de uns 10 anos para cá a questão da humanização está inserida no currículos do Curso de Enfermagem, principalmente no que diz respeito, ao cuidado e quanto mais cedo o contato do aluno com a prática nos mais diversos ambientes, onde se dá a relação interpessoal, mais consciente, fortalecido o futuro profissional de saúde vai se tornando.”

E7: “Sim. No momento em que os formadores de opinião (professores) despertam seus alunos para pensamento e posicionamento/atividades críticas e éticas.”

Na formação o papel do docente é um modelo de comportamento e também aquele que apresenta a base teórica, trata-se neste momento sobre o aprendizado pelo exemplo, situação que não basta compreender a teoria, é preciso praticá-la para conseguir guiar o comportamento dos alunos pelo exemplo que é vivido pelo professor.

Em uma educação centrada no cuidado é essencial que os docentes valorizem o cuidado e possuam uma base de conhecimentos que inclua a natureza, origens, características, padrões do cuidar, bases filosóficas em que se apoia, teorias de cuidado, estudos sobre o mesmo e assim por diante. Supõe-se que, afirmando a importância do cuidado, o docente apresente comportamentos de cuidar compatíveis, querendo dizer com isso que docentes devem demonstrar atitudes e ações de cuidar autênticas. Isso é possível quando o cuidado é internalizado como um valor, fazendo parte de nós. Além disso, sugiro que docentes recorram a estratégias de ensino que motivem e mobilizem para o cuidado. (WALDOW, 2004, p.217).

Concordando com a autora, os docentes devem possuir uma base de conhecimentos sobre o cuidado para que ao expor sobre o tema não lhe faltem argumentos e exemplos. E reiterando sobre o modelo de comportamento que é o professor para seus alunos, somente a partir da compreensão de que tudo o que este fala e faz reflete diretamente no comportamento dos futuros enfermeiros que está formando é que se obterá a magnitude da importância do exemplo.

Waldow (2001) demonstra como as enfermeiras das instituições podem agir para auxiliar no desenvolvimento do cuidado humanizado pelos estudantes, adaptando à realidade da formação em universidades de centros menores, pode-se atrelar estas funções às enfermeiras supervisoras de estágio:

Estudantes devem observar comportamentos de cuidado, por parte da equipe de enfermagem e de saúde, e discutir no grupo. Enfermeiras das instituições, por seu turno, devem atuar como parceiras e participar das discussões, trazendo situações relevantes sob o aspecto do cuidado. Devem também compartilhar questões e dilemas éticos a fim de que o grupo possa analisar e identificar aspectos morais, além de comportamentos de cuidado e não cuidado. As experiências e situações trazidas pelas enfermeiras dão uma ideia mais real do cotidiano do cuidado, de maneira que as alunas possam questionar, opinar, sugerir e refletir junto com docentes e enfermeiras. (WALDOW, 2001, p.188).

A situação proposta pela autora é deveras interessante e rica, entretanto, um pouco difícil de ser realizada em situações onde não há hospitais universitários. Porém uma alternativa seria o docente proporcionar momentos de encontro com os enfermeiros que estão desenvolvendo ou desenvolveram atividades de cuidado (práticas), como em palestras,

workshop, conversas em grupos na própria universidade ou mesmo no ambiente de trabalho do enfermeiro, sempre com horários previamente agendados.

Entretanto, para alguns enfermeiros (E11, E9, E6) as práticas humanizadoras não fazem parte da formação tanto quanto acreditam que deveria:

E11: “Acredito que não. Temos vários profissionais que não exercem essa prática. De início deveria se ter o perfil de cada aluno para ver se poderia ou não seguir o Curso para formação em Enfermagem.”

E9: “Acredito que as práticas humanizadoras fazem parte da formação inicial, talvez um pouco fragilizados, deveriam ter mais enfoque em tal. Durante as atividades práticas é possível perceber/escutar mais ações humanizadas. Durante a interação com o paciente.”

E6: “Nem sempre. Tem formações “hospitalocêntricas”, tem formações que são voltadas para o social, transformadoras, mas depende também de cada profissional na sua área de atuação. Porque às vezes, o enfermeiro usa esta formação um tanto unilateral para realizar a crítica e daí faz a sua própria escolha no momento de sua atuação profissional.”

Sabe-se que algumas formações ainda são balizadas pelo modelo flexneriano ou hospitalocêntrico, mas esta realidade pode ser transformadas de acordo com a consciência individual de cada profissional, e sobretudo pela consciência coletiva da necessidade da mudança, esta consciência é desperta pelo envolvimento e fortemente atrelada à ética do cuidado.

O que motiva o cuidar, independente de gostar ou não, está relacionado a um sentimento, a um chamado, uma compulsão para ajudar quem ou aquilo que, conforme o julgamento necessita. É fazer algo no sentido do bem. Não é um comportamento impensado, ao contrário, ele é consciente no sentido de responder a princípios e a valores morais [...] Há pessoas não inclinadas a desenvolver atividades encaixadas dentro do que se pretende significar por cuidado, ou pelo menos não na sua totalidade. É bastante comum trabalhadoras, na área de enfermagem, desenvolverem apenas tarefas, isto é, cumprirem uma obrigação de trabalho, apenas como uma atividade de remuneração. Não existe, neste caso, um real envolvimento, um compromisso com a profissão ou atividade. As vezes são cuidadoras eficientes, responsáveis, mas demonstram uma atitude bastante distante e fria com os pacientes. (WALDOW, 2001, p137).

De acordo com a autora, existem muitos profissionais que “cumprem uma obrigação” em seu trabalho para obter remuneração e, somente isso. Certamente este comportamento não bastaria para uma profissão de cuidado como a do enfermeiro, a qual tem contato tão próximo com as pessoas e em situações de tanta fragilidade. Nestas situações de agir mecânico o cuidado não está presente, são apenas procedimentos.

Acredita-se que o cuidado, pelas suas múltiplas características e principalmente por ser interativo e não desenvolvido por máquinas, apresenta também variedades nas

suas expressões de cuidar. E muitas vezes cuidadoras falharão no cuidado, mesmo havendo boas intenções. Parece que o cuidado no seu sentido ideal não se processa, mas não deixa de ocorrer. Ou melhor, o cuidado não ocorre mas as intervenções de enfermagem são realizadas. (WALDOW, 2001, p.138).

Justamente por estes motivos é que não existe uma “cartilha do cuidar” compreendendo as diferenças entre cada ser humano e suas peculiaridades, não seria possível estabelecer um modo único de cuidar do outro, como se fosse apenas mais um procedimento padrão, entende-se, após o entendimento do termo, que o cuidado é uma forma de ser na vida, no trabalho, no mundo, mas que carrega as características pessoais de cada indivíduo, assim como para estabelecer o cuidado com o paciente leva-se em conta suas particularidades.

4.7 As práticas humanizadoras e a atividade profissional dos enfermeiros

A terceira questão realizada com os enfermeiros 3. As práticas humanizadoras fazem parte da atividade profissional dos enfermeiros? De que maneira? Todas as respostas sinalizam que sim, que as práticas humanizadoras fazem parte da atividade profissional dos enfermeiros.

O Sistema Único de Saúde se assenta sob três pilares: a universalidade, que significa ofertar os serviços de saúde a todos que dele necessitam, a equidade, que é tentativa de diminuir as disparidades sociais buscando mais equilíbrio, a integralidade aliados ao compromisso profissional, como pode ser observado nas respostas de E12, E9, E6, E4, E5, E1:

E12: “Sim. Cada vez mais. Vemos atualmente que a questão da humanização está fortemente incluída na formação, nos ambientes de trabalho (acolhimento, ambiência, gestão de trabalho, cuidados, por exemplo, voltados para o parto humanizado...), na própria legislação do Sistema Único de Saúde temos princípios da universalidade, integralidade da atenção.”

E9: “Acredito que as práticas humanizadoras permeiam o trabalho diário dos enfermeiros ou deveriam fazer parte. Ao estar se relacionando com outro indivíduo, em especial, em situação, de adoecimento, deve-se considerar este como um todo, não apenas tratar a “parte” adoecida. Deve-se levar em conta o ambiente em que este está inserido. A humanização no cuidado do profissional enfermeiro se mostra presente a partir de uma boa comunicação, boa escuta, jeito ao se direcionar ao enfermo, explicar/falar tudo o que for fazer se estiver relacionado ao mesmo.”

E6: “Deveriam fazer parte, mas às vezes, isso não acontece, prejudicando, assim, toda uma cadeia de ação, tanto no trato com o paciente, como no trabalho em si. A maioria dos enfermeiros que trabalham na Rede Básica de Saúde da região da 19CRS exercem a prática humanizadora em todas as ações, principalmente os de ESF (Estratégia de Saúde da Família), durante o acolhimento, nos exames de CP, nas reuniões de grupo, nas visitas domiciliares, A principal prática de humanização é o interesse (acolhimento) demonstrado para cada pessoa atendida, levando em

consideração o principal princípio do SUS que é a INTEGRALIDADE (Direito do paciente de ser atendido em toda a linha de cuidado), isto é, se durante uma visita domiciliar constata-se que ele precisa de internação, ajudar a resolver este problema até o fim, envolver-se fazer parte.”

E4: “Sim. As práticas do profissional devem se dar obrigatoriamente de forma acolhedora, considerando a prática com o indivíduo inserido num contexto social. A prática humanizada faz parte da assistência e do tratamento.”

E5: “Sim, desde a vida acadêmica até após a conclusão de sua formação, andando juntos no decorrer de toda a vida profissional. O enfermeiro deve agir em cima da ética profissional, respeitando cada paciente como ser único, não fazendo de sua rotina um trabalho “mecanizado” e sim, um trabalho individual, de respeito e amor ao próximo, ouvindo cada paciente, respeitando aquele momento vivenciado, seja ele de dor, angústia ou alegria, tornando-o naquele instante um ser único, digno de toda a atenção e respeito que um ser humano merece.”

E1: “Sim, no dia a dia a humanização está presente principalmente para enfermeiros assistencialistas, que estão voltados ao cuidado direto e/ou indireto de um paciente, isto é, desde a recepção do paciente no momento da internação até a má notícia aos familiares, o momento de dar a notícia aos entes queridos, quando um paciente vai a óbito.”

Nos pressupostos da integralidade, deve-se levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou de um grupo, cada um de acordo com suas necessidades, tendo para isso, projetos direcionados para públicos específicos, como por exemplo, saúde da mulher, da criança, do idoso, etc. (BRASIL, 2000).

Freire (1979) analisa que o compromisso do profissional e do homem não se separam, ou seja, se a pessoa é uma o compromisso a acompanha:

Não devo julgar-me, como profissional, “habitante” de um mundo estranho, mundo de técnicos e especialistas salvadores dos demais, donos da verdade, proprietários do saber, que devem ser doados aos “ignorantes e incapazes”. Se procedo assim, não me comprometo verdadeiramente como profissional nem como homem. (FREIRE, 1979, p.10).

Portanto, se o profissional crê que apenas a ciência tem o conhecimento e a capacidade de cura para os males das pessoas, se ao conversar com o paciente o que ocorre é um monólogo, que somente um fala e somente um é detentor do saber, então isto não se entende por compromisso, pois o compromisso pressupõe que o outro é capaz, e apenas ao reconhecer a capacidade da outra pessoa de empoderar-se de sua saúde é que há o comprometimento e o cuidado autênticos.

Os enfermeiros E11, E10, E9, E8, E7, E5, E3, E2, E1 falam sobre como ocorre o cuidar:

E11: “Sim, desde o momento em que você acolhe o paciente, faz a escuta, compreende o que se passa e o trata com respeito e consideração, entendendo o problema dele.”

E10: “Sim, todos os dias, desde você desejar um bom dia ao seu paciente, até você realizar um procedimento de enfermagem, explicando a ele(a) como será realizado, perguntar se tem dúvidas, quais são os medos e ansios, tentando minimizá-los.”

E8: “Sim, no acolhimento, na escuta, na demonstração de interesse pelo paciente.”

E7: “Sim. No momento em que se vê o cliente como um inteiro, inserido na comunidade, considerando suas queixas e condição de vida.”

E3: “Sim. Participando do processo de autocuidado; oferecendo conforto, alívio da dor, verificando o desconforto, isto é, processo fisiológico através do ambiente propício para o sono, repouso, nutrição adequada, comunicação verbal, gestos.”

E2: “Devem fazer parte da atuação profissional na área da saúde, em especial, do enfermeiro. Percebe-se isso na forma como o usuário é recebido, atendido, orientado, esclarecido e agendado seu retorno, se necessário.”

Pode-se dizer que em todos os locais e momentos o cuidado pode acontecer, desde as atitudes mais corriqueiras como citados pelos enfermeiros acima “desejar um bom dia”, “na demonstração de interesse” ou “verificando o desconforto”, até ações mais complexas que requerem uma análise crítica da situação pelo profissional e uma atitude refletida.

O cuidado requer conhecimento do outro ser. O(a) cuidador(a) deve ser capaz de entender as necessidades do outro e de responder a elas de forma adequada. Estar bem intencionado(a) não é o suficiente para garantir uma resposta de cuidado. Outro ingrediente apontado é a capacidade do(a) cuidador(a) modificar seu comportamento frente as necessidades do outro, ou seja, aprender com os erros, adquirindo assim um comportamento mais flexível. Esse ingrediente é denominado de alternar ritmos. Paciência é outro ingrediente, significando com isso permitir que o outro cresça em seu próprio ritmo e na sua própria maneira de ser. A honestidade consiste em estar aberta(o) para si própria(o) e para o outro. Isso engloba aceitar o outro como ele é e não como se desejaria que fosse. A confiança é uma qualidade ou ingrediente que requer confiar na habilidade que o outro possui para crescer e se realizar, também à sua maneira e ritmo. Inclui o libertar, não criar dependência e conseqüentemente a coragem de arriscar. (WALDOW, 2001, p.134).

Estas capacidades citadas pela autora remetem também à capacidade de resiliência, modificar o comportamento diante de dificuldades para se realizar o cuidado. A inteligência emocional do profissional enfermeiro deve ser um aspecto a ser desenvolvido ou aprimorado, pois tendo a capacidade de compreender o que o paciente sente, ter flexibilidade e paciência ao explicar os cuidados necessários e, além disso, confiar que o paciente e sua família, empoderados de sua saúde, levem a diante os cuidados no tratamento e na prevenção de outras doenças, assim o enfermeiro estará prestando um cuidado humanizado.

A importância das habilidades técnicas no cuidado foram citadas por E3 e E9, são entendidas na enfermagem, principalmente, como habilidades manuais, ou seja, mecânicas, motoras, que podem ser treinadas à exaustão e serem desempenhadas com perfeição e para Waldow (2001):

As habilidades técnicas compõem a variável com que a enfermagem mais está familiarizada. Realizar procedimentos no paciente é diferente de realizar procedimentos para e com o paciente, interagindo com o mesmo. Da mesma forma, desempenhá-los mecanicamente, sem conhecimento do que se está fazendo e do

motivo, pode resultar em danos ao paciente, além de contribuir para o desprestígio da profissão de enfermagem. (WALDOW, 2001, p.156).

A questão é: realizar procedimentos no paciente ou com o paciente? Pois sabe-se que é verdadeiramente possível e desejável a participação ativa do paciente na realização dos procedimentos de enfermagem, de acordo com sua capacidade no momento. Certamente a profissão fica desprestigiada em detrimento de algumas ações de alguns profissionais, mas acredita-se que ao desenvolver o cuidado integralmente, seja ao realizar técnicas específicas de maneira humanizada, ao conseguir ter tempo para ouvir o paciente, mesmo que brevemente ou ainda ao oferecer apoio aos familiares em uma situação difícil, estas ações humanizadas e sobretudo conscientes diminuem grandemente os erros e a frieza de alguns profissionais.

Para tanto, um princípio básico da Política Nacional da Humanização, porém um termo relativamente novo seria o acolhimento, do verbo acolher, que intenta chamar o outro para si, entendê-lo e apoiá-lo, como em Brasil (2012):

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas (físicos, mentais, sociais). Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida. (BRASIL, 2012, p.18).

4.8 A formação profissional articulada com os preceitos da ética, da ética do cuidado e a educação popular e a sua influência na realização de práticas mais humanizadas

A quarta questão direcionada aos enfermeiros: 4. Você acredita que a formação profissional articulada com os preceitos da ética, da ética do cuidado e educação popular pode favorecer/influenciar de maneira mais intensa a realização de práticas mais humanizadas pelos enfermeiros? Como? Todos os enfermeiros responderam positivamente, acreditando que a formação articulada com os preceitos da ética, ética do cuidado e educação popular podem influenciar intensamente práticas mais humanizadas, comparando-se, por exemplo, com a não utilização destes.

Todas as ações que envolvem a ética, ética do cuidado e a educação popular refletem a humanização para E12, E11, E10, E9 e E8:

E12: “Sim, porque todas estas ações são por essência, ou refletem a essência da humanização (ouvir, tocar, não julgar, não discriminar, acolher, encaminhar,

respeitar a opinião e os desejos do usuário, das famílias, agregar, apoiar, ter paciência e outros comportamentos e atitudes benevolentes). Começando por uma autorreflexão, ampliando minha consciência sobre como me porto, prestando atenção nos meus sentimentos, nos sentimentos dos outros e em algum momento sem perceber estarei pronto, ajudando, avaliando, propondo mudanças na minha prática diária da minha vida profissional, seja ela através de instrumento de trabalho com uso maior ou menor de tecnologia ou de minhas habilidades pessoais.”

E11: “Sim.”

E10: “Acredito que há uma articulação, pois a ética do cuidado é a forma que nos portamos quanto ao respeitar os diferentes princípios, crenças e culturas de cada paciente tentando articular o cuidado que devemos prestar a eles sem interferir na sua maneira de ser e neste contexto se enquadraria a educação popular aonde enfermeiro e paciente dialoguem para chegarem a um único objetivo.”

E9: “Ao estar articulando os preceitos da ética, ética do cuidado e educação popular em saúde no dia a dia do enfermeiro, percebe-se/acredita-se que esta proporciona o desenvolvimento de práticas mais humanizadas. Uma vez que permite ao profissional uma melhor inter-relação com o cliente/paciente através do diálogo de forma horizontalizada e não vertical (se colocando na situação do outro). Os próprios conceitos trazidos pela pesquisadora destacam o diálogo, comportamento e relacionamentos como palavras-chave, essenciais para um cuidado humanizado.”

E8: “Acredito. A articulação de todas as áreas, equipe profissional agindo de forma integrada e especialmente, o espaço para educação popular só fazem acrescentar na qualidade do atendimento e melhora dos índices de saúde da população.”

A importância da ética do cuidado pode ser entendida em BOFF (2012, p.57) “somos frutos de um ato continuado e prolongado de cuidar no tempo e no espaço, em todos os momentos e circunstâncias enquanto o ser humano viver. Sem ser cuidado permanentemente, antes, durante e depois de tudo o que é e empreende, o ser humano deixaria de existir”. Portanto sem o cuidado nada haveria, pois o ser humano sem cuidado não sobrevive e continua: “o ser humano é vulnerável, está lançado no mundo, encontra-se permanentemente exposto e vive sob riscos. Esta situação frágil demanda, obviamente de cuidado amoroso, pois assim a condição humana o exige”.

Entende-se desta forma a necessidade primordial de cuidado, que quando acompanhado de todos os preceitos já vistos da ética torna-se ‘ética do cuidado’ e esta é uma atitude de estar sendo cuidado, ao mesmo tempo que, se está cuidando e esta atribuição é encarada eticamente e, assim talvez se possa chegar à almejada humanização.

Ainda sobre a questão número quatro E6 reitera a importância de se saber estar trabalhando com gente:

E6: “Com certeza, estas práticas e conceitos proporcionam a base para a humanização do cuidado. A ética norteia todo o processo de cuidado humanizado. O profissional que se envolve com a comunidade, no contexto real em que ela vive, realiza práticas humanizadoras ou acaba saindo deste trabalho, porque o impacto de GENTE lidando com GENTE, como acontece na educação popular e na ética do cuidado, faz com que muitos descubram que esta não é a ‘sua praia’.”

E sobre esta fala Freire (1996) traz uma reflexão sobre o lado mais humano das pessoas:

“Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que a minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que meu destino não é um dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Daí que insista tanto na problematização do futuro e recuse sua inexorabilidade.” (FREIRE, 1996, p.30).

Entende-se que ao se conscientizar como humanos as pessoas compreenderão sua responsabilidade para com os outros, e isto envolve o cuidado, a ética e a alteridade. Compreenderão que cada um faz sua história de vida, entretanto, sem os outros não haveria história alguma, mas compreenderão acima de tudo que o futuro está sendo construído no agora, e que as possibilidades de mudança estão abertas, basta que seja crítico e responsável para escolher quais são as mais adequadas.

Ainda sobre a questão número quatro, E7, E5, E4, E3, E2 e E1 referem a ética especificamente como uma valor importante para a formação:

E7: “Certamente, profissionais éticos atuarão de forma humanizada.”

E5: “Sim, a formação profissional articulada com os preceitos da ética, da ética do cuidado e da educação popular, influencia na realização de práticas mais humanizadas pelo enfermeiro. Tudo que o acadêmico vivencia durante sua caminhada servirá de espelho e base para seu futuro profissional.”

E4: “Considerando que o processo do trabalho deva se dar dentro dos preceitos éticos e a participação popular, a assistência, se dá de forma que o indivíduo seja tratador na sua individualidade e coletividade. O cuidado passa antes pelo conhecimento da realidade do indivíduo, família, comunidade e condições socioculturais.”

E3: “Sim. Porque nos dias atuais, o cuidado de enfermagem está diretamente ligado às práticas humanizadoras, abordando a ética no ambiente de cuidado de saúde.”

E2: “Acredito que toda a formação profissional baseada na ética influencia diretamente na atuação humanizada do profissional enfermeiro de forma consciente.”

E1: “Acredito que sim, já que a questão saúde muda a todo momento, e juntamente com a ética, os cuidados, se tornam cada vez mais atualizados, favorecendo práticas mais humanizadas.”

A ética, valor supracitado inúmeras vezes devido à sua importância na presente pesquisa, é um elemento de inestimável valor para a prática profissional dos enfermeiros, seja em sala de aula, seja em unidades de saúde ou realizando educação em saúde, e sua importância reside na consciência da importância desta profissão para o empoderamento das pessoas sobre sua própria saúde, assim como sobre os riscos de doenças, os medicamentos e

suas interações, as patologias que acometem as pessoas, as formas de prevenção de doenças e de agravos à saúde de pacientes já enfermos.

Reconhecer a necessidade e a seriedade desta profissão encarada eticamente é o primeiro passo para a transformação, o próximo passo é reconhecer a capacidade e o valor do outro.

É importante, portanto, pensar que a nossa identidade é garantida pelos outros, pela presença da alteridade. Mesmo no espelho mais cristalino, a imagem que eu tenho de mim é invertida. Quem fala de mim é quem me vê, quem está na minha frente – é o outro, o *alter*, aquele que me reconhece. Quando deixo de reconhecer o outro, nego ao outro a sua identidade. Se não levo em conta a alteridade, a presença do outro, instalo algo chamado de alienação, porque trato o outro como *alienus*, o alheio aquele que nada tem a ver comigo. Podemos falar numa alienação de caráter ético, que significa o não reconhecimento do outro, o desrespeito à diversidade e, portanto, a impossibilidade de se instalar o diálogo. (RIOS, 2011, p.95).

Interessante esta concepção de Rios sobre o reconhecimento do outro, como um indivíduo com desejos, sonhos, medos, histórias, doenças, enfim, com todas as marcas que a vida lhe deixou assim como deixa em todos, cada um a sua maneira. Compreender que não somos iguais, mas temos semelhanças, que não somos diferentes, mas temos sensações e características distintas, é um dos princípios da humanização. Inclui-se a ética como balizadora dos discursos e das ações, pois somente através dela pode-se reconhecer verdadeiramente o outro e indubitavelmente sabê-lo parte de mim.

O respeito pelo que o outro é e o que ele representa ocorre pelo reconhecimento de sua existência no mundo. Um belo discurso/palestra pode ser elaborado sem ter o conhecimento do público ao qual se vai falar, assim como existe a possibilidade de se preparar uma aula sem conhecer o alunado, entretanto, há uma grande possibilidade de este discurso não atingir o público ao qual se refere, tornando este momento, que poderia ser enriquecedor, em mais um momento inerte na vida dos envolvidos, não acrescentando ao conhecimento destes.

O respeito é o princípio nuclear da ética – dele decorrem os outros. Respeitar implica, em primeiro lugar, reconhecer a presença do outro como igual, em sua humanidade. Para respeitar alguém, é preciso, antes de mais nada, que se admita que ele existe, que se reconheça a sua existência. Parece algo simples, mas que guarda, na verdade, grande complexidade. Tantas vezes passamos pelas pessoas como se elas não existissem, deixamos de ouvir o que elas nos dizem, vamos adiante com o nosso discurso sem considerar a palavra, as ideias e os sentimentos dos outros, que são outros eus. (RIOS, 2011, p. 94)

Portanto respeitar é reconhecer a existência do outro, ouvir o que têm a dizer, pois os outros são como nós. Como seria possível estabelecer uma relação de cuidado sem ponderar a

opinião da pessoa cuidada? Se esta suposta relação se estabelece sem o diálogo então ela é uma relação unidirecional, pautada pelo modelo biomédico/hospitalocêntrico/flexneriano ou da educação bancária/tradicional.

4.9 Disciplinas em que as práticas humanizadoras foram abordadas

Na questão numero 5. Você considera que teve uma formação profissional voltada para as práticas humanizadoras? Se sim, em que disciplinas este assunto foi abordado? Se não, em que momentos da vida profissional você teve acesso aos conhecimentos sobre humanização?

Quatro enfermeiros disseram que não tiveram sua formação profissional voltada para as praticas humanizadoras, os outros oito enfermeiros consideram que tiveram uma formação profissional voltada para as práticas humanizadoras. A Política Nacional de Humanização foi criada no ano de 2003, o que certamente explica o motivo de alguns dos sujeitos referirem que não tiveram uma formação voltada para as práticas humanizadoras, pois podem ter cursado sua graduação em enfermagem em um período anterior à criação da referida política. Como para E12, E11, E6 e E3:

E12: “Minha formação foi mais mecanicista, tecnicista, voltada para o modelo hospitalocêntrico, onde o ser humano em toda a sua dimensão social, cultural, subjetiva não era dada a devida importância, também o profissional enfermeiro pouca voz tinha ou era respeitado na equipe, na autonomia de sua prática (isto era mais no ambiente hospitalar). Na saúde pública já é possível construir práticas mais humanizadoras através do cuidado coletivo, da consulta de enfermagem, do trabalho multidisciplinar.”

E11: “Não considero minha formação voltada à humanização. Claro que ética sempre foi abordada, mas acredito que a humanização o profissional vai moldando com o passar dos anos e com a prática, atendendo o seu paciente, vendo ele como um todo, entendendo a situação que vive com o problema que está apresentando.”

E6: “Me formei há 30 anos e não se falava em SUS ou medicina comunitária. O direito à saúde era para quem tinha carteira de trabalho. Iniciou-se a luta pelo direito à saúde com as Conferências de Saúde, as AIS, o SUDS, depois veio o SUS, que consolidou a luta e ficou evidenciado o poder popular na saúde. Mesmo assim após a minha formatura comecei a trabalhar em Saúde Pública e fui contagiada, assim com muitos colegas médicos, dentistas e outros profissionais a se debruçar na leitura e na prática de novos caminhos na saúde.”

E3: “Não. Os conhecimentos sobre humanização passaram a fazer parte da minha vida profissional no momento em que foi me dado a gerência de enfermagem. Duas funções diferentes e ao mesmo tempo se completando, pois num momento trabalhava organizando, dirigindo a estrutura funcional do hospital para que as coisas acontecessem e no outro colocando em prática. Tive uma experiência gratificante, pois todos esses anos me remeteram às práticas humanizadoras.”

Ao analisar os discursos dos enfermeiros acima, observa-se que apesar de referirem que não tiveram uma formação voltada para as práticas humanizadoras, eles encontraram meios informais de atualizar-se no quesito humanização, principalmente utilizando a observação, identificando as necessidades de uma mudança na postura profissional durante a prática diária do trabalho como enfermeiros.

Como estes responderam não terem tido uma formação voltada para as práticas humanizadoras, a questão solicitava em que momentos da vida profissional tiveram acesso aos conhecimentos sobre humanização, e observou-se que a atualização sobre o tema ocorreu de maneira informal, ou seja, não ocorreu em instituições de ensino superior ou outras instituições reconhecidas. Já para os que não atuam no serviço público a procura por cursos é individual e de acordo com a disponibilidade de tempo e financeira, na grande maioria das vezes sem apoio da instituição onde trabalham.

Como referiram E12, E11, E6 e E3, sua formação foi tecnicista (o que foi referido anteriormente na revisão bibliográfica da presente pesquisa como modelo flexneriano, hospitalocêntrico), na área da educação este modelo de formação é explicado em Azevedo (2009) e tem suas origens na Revolução Industrial:

O tecnicismo como concepção educacional é um produto histórico, decorrente da expansão das atividades industriais e da necessidade de subordinação dos objetivos educacionais aos objetivos da produção. A submissão da educação aos parâmetros e as necessidades da Revolução Industrial implicou principalmente nos Estados Unidos, no início do século XX, pensar a escola à luz da organização fabril [...] Desta forma, educadores e educandos são submetidos a uma maratona em que tudo tem que acontecer em determinados dia letivos, como na esteira fabril, produzindo em série, trabalhando com conteúdos isolados, conhecimentos fragmentados, formando uma visão parcial, unilateral do mundo. (AZEVEDO, 2009, p.16).

É sabido que em uma sociedade os fatores que desencadeiam os acontecimentos são diversos e influenciam-se mutuamente, o que explicaria a influencia fabril no processo de ensino, o fator não explicado é porque ainda vigora este modelo em tantas universidades? Talvez a formação dos próprios professores seja a causa mais provável, pois entende-se que tendo uma formação tradicional/bancária permeada pelo modelo flexneriano ficaria difícil ter uma prática humanizadora.

A educação na percepção humanizadora remete à educação popular e seus pressupostos:

A educação compreendida como formação humana, vinculada a uma concepção do conhecimento entendido como um processo contínuo de desvelamento do real, portanto em permanente mudança, remete necessariamente para o desafio de

repensar a estrutura da escola [...] Reconhecer que a inteligência não é inata, mas desenvolvida a partir das experiências sociais vividas pelo indivíduo, que o conhecimento não está pronto e acabado, mas é sempre o novo construído e reconstruído. (AZEVEDO, 2009, p.18).

Muitos exemplos poderiam ser citados de como transformar a educação bancária em educação popular, entretanto isto renderia outra pesquisa, concebe-se que cada instituição, assim como cada docente, e cada profissional compreenda a importância de transformar sua práxis, de humanizar-se para então humanizar o seu cuidado com os outros.

Para E10, E8, E7, E5, E4, E2 e E1, suas formações foram voltadas para as práticas humanizadoras:

E10: “Eu tive uma formação voltada para as práticas humanizadoras. Quase todas as disciplinas falavam em assistência humanizada, mas as que enfatizavam mais foram: saúde coletiva, fundamentos de enfermagem, saúde da criança e saúde da mulher.”

E8: “Sim, com certeza. Em minha formação nas disciplinas iniciais como fundamentos, puericultura e especial em psicologia e psicologia aplicada à enfermagem. Aliado ao empenho dos professores para que esta prática fosse permanente. Desconheço a atual grade curricular dos cursos em atividade. Acrescento que nos anos todos de atividade, sempre recebi capacitações contínuas.”

E7: “Sim. Todas as disciplinas onde envolvia contato direto com o cliente era abordada a questão de humanização.”

E5: “Minha formação profissional foi voltada sim para as práticas humanizadoras, assunto esse abordado diretamente nas disciplinas de ética e bioética e, indiretamente, em todas as disciplinas, pois é o que vivenciamos no decorrer de nossa caminhada, tanto como enfermeiros, como de pessoas que fazem parte de uma sociedade.”

E4: “Sim, minha formação se deu de uma forma que a humanização estivesse sempre presente, transversalizada nas diversas disciplinas, sempre considerando que a partir do conhecimento da realidade e a partir do processo de trabalho acontece o aperfeiçoamento e as mudanças que julgar necessárias em nossa ação. É necessário sempre levar em conta e reconhecer a dinamicidade do contexto.”

E2: “A minha formação acadêmica abordou de forma intensa a parte humanizada em todas as disciplinas do curso e observada intensamente nos campos dos estágios. Durante a minha trajetória profissional, sempre busquei mais conhecimentos através de palestras, livros e debates entre colegas, também como profissional na área de educação abordei o tema com muita responsabilidade com os alunos.”

E1: “Durante a graduação, acredito que sim, principalmente em disciplinas que eram voltadas ao cuidado direto do paciente, como nos estágios em área hospitalar e saúde pública.”

A maioria dos enfermeiros respondeu que teve sua formação voltada para as práticas humanizadoras, o que sinaliza para mudanças concretas nos currículos de enfermagem. As disciplinas citadas por eles foram: “saúde coletiva, fundamentos de enfermagem, saúde da criança e saúde da mulher”, “fundamentos, puericultura, psicologia e psicologia aplicada à enfermagem”, “ética e bioética”, mas todos (dos supracitados) referiram que em todas as disciplinas do curso as práticas humanizadoras eram abordadas.

Observou-se que os enfermeiros tem ciência de como devem ocorrer e a importância das práticas humanizadoras, porém o senso comum não indica que estas práticas estejam sendo humanizadoras como os discursos. Ainda existem muitas queixas sobre o cuidado que não se apresenta humanizado, deixando assim uma possibilidade de futuros estudos com pacientes sobre sua concepção da humanização no atendimento.

Apenas um enfermeiro (E9), do total pesquisado (18 indivíduos) citou a leitura dos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde como a Cartilha da Política Nacional de Humanização da Assistência como fonte de conhecimentos sobre o assunto:

E9: “Acredito sim que durante minha formação tive abordagem sobre cuidado humanizado. Em quase todas as matérias a humanização estava presente, o fato de você explicar o que irá fazer com o paciente, se torna uma prática humanizada. A leitura da cartilha nacional de humanização nos proporciona, também, um maior empoderamento e posterior desenvolvimento na atuação profissional.”

O fato de somente um enfermeiro e em apenas um momento diante de todas as questões, citar a referida cartilha, pode demonstrar duas realidades: a de que os enfermeiros conhecem e já leram as sugestões do Ministério da Saúde mas, pela não possibilidade de atualizações ou discussões na equipe multiprofissional, ou até pelo não entendimento de seus pressupostos pelo gestor de saúde, acaba por não praticar todos os preceitos da Política Nacional de Humanização. A outra possibilidade é a do desconhecimento da referida política, muitos profissionais que estão atuando nos serviços de saúde tiveram suas formações em um período anterior à instauração da política.

Apesar destas suposições, compreende-se que a Cartilha da Política Nacional de Humanização não é a única referência para um cuidado mais humanizado pelos profissionais, ou pelos estudantes, esta seria apenas uma compilação de princípios sobre a humanização do atendimento e não uma lei ou regra para ser seguida passo a passo. Acredita-se aqui que o cuidado humanizado tem origem em uma pessoa humanizada, ou seja, sensível aos problemas alheios e com necessidade real de ajudar, isso transcorre muitas vezes, por caminhos alternativos:

No momento em que se atravessa mudanças e se presencia a uma crise geral nas sociedades, parece oportuno a discussão sobre o cuidado humano. Vários setores nas sociedades já tem iniciado um movimento que apela para uma existência mais humana. Pessoas buscam soluções alternativas, profissionais buscam adequar e atualizar seus métodos. Todos buscam a qualidade total. A área da saúde enfrenta uma das maiores crises da história confrontando-se com novos desafios a cada dia. A enfermagem ao resgatar o cuidar no seu sentido pleno, humanístico e artístico, tem nesse momento uma grande vantagem que não deveria desperdiçar. (WALDOW, 2001, p.108).

Vive-se um período de profundas transformações na sociedade como um todo, nas relações de trabalho e pessoais, nos conceitos, nos comportamentos e, como cita a autora talvez seja este o momento de se resgatar o cuidado no seu sentido pleno, pois, é a partir de grandes mudanças na sociedade que as transformações internas acontecem. Convém rever conceitos antigos e formas ultrapassadas de resolver problemas e de desenvolver o trabalho de enfermagem e se adaptar a esta forma mais fluida de viver, mais leve, mais humana?

5 CONCLUSÕES

A formação articulada com os preceitos da educação popular e a ética do cuidado favorece práticas mais humanizadas pelos enfermeiros e a característica mais citada e dita como determinante na formação profissional humanizadora do enfermeiro foi a ética, parecendo estar claro para estes quais as maneiras de se realizar o cuidado humanizado. As práticas humanizadoras fazem parte da formação profissional dos enfermeiros e a teoria, ao que parece pelas respostas obtidas na pesquisa, está fortemente presente, porém muitos hesitaram quando perguntados sobre os locais e como realizar as práticas humanizadoras, não demonstrando maneiras concretas de se realizar a humanização.

A diferença entre o discurso e a prática aparece quando se analisa se as práticas humanizadoras fazem parte da atividade profissional dos enfermeiros, por um aspecto observa-se que estes conhecem os princípios éticos, da educação popular e da humanização, por outro, o senso comum evidencia a não realização destes preceitos em sua totalidade na prática diária do enfermeiro.

Uma formação profissional dentro dos preceitos da educação popular influencia de maneira mais intensa as práticas humanizadoras dos enfermeiros, pois a educação popular permeia praticamente todos os processos de trabalho da vida do enfermeiro (ou pelo menos deveria), já que leva em consideração a realidade na qual estão inseridos e abarca que a cultura e o modo de vida de cada indivíduo e sua família/comunidade sejam levados em consideração para se estabelecer os modos de cuidado.

O que nota-se de modo geral nos hospitais, na unidades básicas de saúde é uma visível segmentação do cuidado, situação que o profissional observa apenas parte do corpo em detrimento do todo que compõe do ser humano. As especializações, forçadas muitas vezes pelo próprio mercado de trabalho, a própria formação acadêmica e os hábitos de profissionais que estão há mais tempo trabalhando acabam, muitas vezes, tornando o profissional enfermeiro alheio à questões relevantes, que não a doença em si, dos indivíduos, como sua habitação, sua cultura, seus costumes, sua compreensão da patologia que desenvolveu, sua família, outras doenças associadas, dentre tantas outras características que fazem de cada indivíduo único e com suas próprias necessidades de cuidado.

O caminho da humanização passa pelo entendimento de que o outro possui necessidades e que somos responsáveis por resolver/amenizar algumas delas, obviamente não será possível resolver todos os problemas dos pacientes que atendemos, mas se for possível com alguns, de maneira a causar uma transformação em sua saúde e sua vida, então todo o trabalho terá valido a pena e o discurso sobre humanização da assistência se torna realidade.

Pode-se afirmar que, se a formação é voltada para as práticas humanizadoras acaba se traduzindo em práticas humanizadas, principalmente com exemplos, modelos profissionais, começando pelos professores, supervisores de estágio e profissionais. Modelos exitosos devem fazer parte da formação do enfermeiro para que se possa ter uma base sólida de como agir no futuro profissional. É essencial que haja muito exercício, diálogo, troca de saberes e de experiências em sala de aula (ou laboratório) antes de partir para a prática, e que nos campos de estágio onde os profissionais estão atuando, possam auxiliar no desenvolvimento das atividades dos alunos, que a participação seja real, e que os alunos possam deixar a sua marca, realizar projetos e que estes tenham continuidade com as próximas turmas.

O cuidado comprometido, a ética e a humanização fazem parte da base de sustentação da possibilidade real da mudança, é a ratificação da capacidade das pessoas, seja em qualquer nível de escolaridade que possuam, de poder transformar sua situação de sofrimento em aprendizado e melhora. A falsa superioridade que o modelo positivista propôs para a enfermagem distanciou as pessoas, dificultou as relações entre profissionais de saúde e pacientes, é imperativo superar este modelo e partir para uma perspectiva de equidade, que humaniza as relações.

Se a grande maioria dos enfermeiros demonstra conhecer os princípios da humanização, o que acontece entre a teoria, supostamente compreendida, e a prática diária? Qual é a maior dificuldade encontrada pelos enfermeiros para que a sua prática seja fundamentada e realizada dentro das premissas da humanização e da ética do cuidado? Porque estes profissionais não praticam estas premissas? Talvez os entraves estão na estrutura da lógica hospitalocêntrica, nos limites do SUS que ainda engatinha na Política de Humanização.

Alguns questionamentos permanecem nesta pesquisa, ficando uma porta aberta à pesquisas futuras e possibilidade de responder a estas dúvidas, de maneira que se possa chegar a uma alternativa eficaz e resolutiva para que a humanização, a educação popular em saúde, a ética e a ética do cuidado façam parte definitivamente da vida profissional dos enfermeiros.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 5ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Disponível em: <http://charlezine.com.br/wp-content/uploads/2011/11/Dicionario-de-Filosofia-Nicola-ABBAGNANO.pdf> Acesso em: 20 ago.2015.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf> Acesso em: 10 abr. 2014.

ANDRÉ, Marli. Formação de professores: a constituição de um campo de estudos. **Educação**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 174-181, 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/8075/5719> Acesso em: 10 abr. 2014.

ARROYO, Miguel G. **Ofício de Mestre: imagens e auto-imagens**. 5ª ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2002.

ARROYO, Miguel G. **Outros Sujeitos, Outras Pedagogias**. Petrópolis RJ: Vozes, 2012.

AZEVEDO, Jose Clovis de. Educação tecnicista versus formação humana: os ciclos de formação e o desafio da aprendizagem para todos. **Competência**. v.2, n.2, 2009. Disponível em: <http://seer.senacrs.com.br/index.php/RC/article/download/91/95> Acesso em: 25 ago. 2015.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v.6, n.1, p.173-187, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/debates/article/viewFile/26722/17099> Acesso em 10 abr. 2014.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BOFF, Leonardo. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 15ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Em campo aberto: Escritos sobre a educação e a cultura popular**. São Paulo: Cortez, 1995.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.cfess.org.br/pdf/legislação_contituição_federal.pdf Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p.37, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Bases para a Educação em Saúde nos Serviços**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Textos. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf> Acesso em 13 abril 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf> Acesso em: 12 abril 2014.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CORTELLA, Mario Sergio. **Qual é a tua obra? Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética**. 10ª ed. Ed. Vozes, 2010.

COSTA, Áurea de Carvalho; MARAFON, Adriana Maria Mattos. A constituição do professor como trabalhador. **HISTEDBR** On-line, Campinas, n.36, p. 153-166, 2009. Disponível em: <https://www.fe.unicamp.br/revistas/ged/histedbr/article/download/3805/3221> Acesso em: 14 nov. 2014.

COSTA, Juliano Xavier da Silva; CAETANO, Renato Fernandes. A concepção de alteridade em Lévinas: Caminhos para uma formação mais humana no mundo contemporâneo. **Rev Eletrônica Igarapé**, n.3, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.unir.br/index.php/igarape/article/viewFile/861/865> Acesso em: 20 ago. 2015.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BONETTI, Osvaldo Peralta; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. A Enfermagem Brasileira e a Democratização da Saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 65(1): 179-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/26.pdf> Acesso em: 14 nov. 2014.

EMPATIA. In: **Dicionário Léxico de Português online**. Frederico Westphalen RS, 18 set. 2015. Disponível em: <http://www.lexico.pt/empatia/> Acesso em: 18 set. 2015.

Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN - Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/sobre/index.htm> Acesso em: 30 jun 2014.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 12. ed. Paz e Terra, 1979.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia – O Cotidiano do Professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GHEDIN, Evandro; FRANCO, Maria Amélia S. **Questões de método na construção da pesquisa em educação**. São Paulo: Cortez, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Parte I. 12ª ed. Vozes, 2002.

IMBERNÓN, Francisco. **Formação docente e profissional: formar-se para a mudança e a incerteza**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

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

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre Nós. Ensaio sobre alteridade**. Petrópolis,RJ: Vozes, 2005.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTÍ, José. **Educação em nossa América**. Organização: Danilo R. Streck. Coleção fronteiras da educação. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

MONTEIRO, Bernardo Assis. **Diretrizes e bases da educação nacional e escolas de enfermagem na década de 1960: uma visão histórica**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 114p, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-20052009-110837/> Acesso em: 5 ago. 2014.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MOROSINI, Marcia Valeria G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26> Acesso em: 01 abril 2014.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; BACKES, Vânia Marli Schubert; FERRAZ, Fabiane; LOUREIRO, Luciana; SCHMIDT, Sandra Márcia Soares; NOAL, Helena Carolina. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**.;11(2):341-8, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a15.htm. Acesso em 13 abril 2014.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem** 13(3):423-31, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf> Acesso em: 12 abril 2014.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. bras. enferm.** vol.58, n.6, Brasília, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex Acesso em: 01 agosto 2014.

PICCININI, Denise Pinto da Fonseca. **Ressignificando a formação profissional do cirurgião dentista para a Saúde Pública**. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde. Disponível em: http://www.bdt.d.unifesp.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=880

Acesso em: 01 abril 2014.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1342-1353, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>. Acesso em: 12 abril 2014.

RIBEIRO JUNIOR, João. **O que é positivismo**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: Prática e Reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RIOS, Terezinha Azerêdo. **Ética e competência**. 20. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

SAYÃO, Sandro Cozza. Questões sobre ética e sentido do humano em E. Lévinas. *Perspectiva Filosófica*. Vol X. n. 19, 2003. Disponível em: https://www.ufpe.br/ppgfilosofia/images/pdf/pf19_artigo50001.pdf Acesso em: 18 ago. 2015

VAZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 30ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

ZITKOSKI, Jaime José, Verbete Ser Mais, in **Dicionário Paulo Freire**, orgs.: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José, Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

7 APÊNDICES

7.1 Apêndice A

ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO COM OS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS

QUESTIONÁRIO

Projeto de Pesquisa com o título: Formação do profissional enfermeiro e as práticas humanizadoras em saúde: Uma possibilidade de articulação entre a educação popular e a ética do cuidado. Sob responsabilidade da pesquisadora Charline Beatrice Ritter Bregula com a orientação da Prof^a Dr^a Luci Mary Duso Pacheco.

O principal objetivo da presente pesquisa é conhecer a formação profissional dos enfermeiros e a articulação entre educação popular e a ética do cuidado a fim de analisar suas influências nas práticas humanizadoras destes profissionais.

1. Compreendendo os conceitos de ética: As questões referentes à ética remetem à comportamentos, ou seja, a conduta que se tem diante das circunstâncias que se apresentam no decorrer da história de cada indivíduo. Esta conduta que é aludida se consubstancia na vida em sociedade, facilitam as relações entre as pessoas sejam elas profissionais ou pessoais, mas o mais importante sobre esta matéria é a reflexão que há sobre ela mesma, no sentido de se pensar sobre os comportamentos e o quanto eles afetam as outras pessoas ou a si próprio. Esta reflexão que há sobre a prática pode-se chamar então de ética.

Ética do cuidado: A ética acrescida do termo cuidado torna-se: ética do cuidado, e de acordo com Boff (2008), o cuidado é a essência e compreendido como o suporte para a criatividade, a liberdade e a inteligência, e não o contrário. No cuidado está o *ethos* fundamental do humano, ou seja, os princípios, valores e atitudes que fazem o bem-viver da vida e das ações um agir coerente. Concordando com Boff (2012), a ética do cuidado é embasada na predisposição natural de cuidar e o desejo de ser cuidado, e isso perpassa toda a existência humana. Esta ética tem caráter universal e se realiza em todo ser humano.

Educação popular: A educação popular coloca educador e educandos no mesmo patamar de conhecimentos, porém em áreas diferentes. Na educação popular a premissa é o diálogo, e esta relação dialógica é indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos. (FREIRE, 1987). A construção coletiva do conhecimento e a respectiva troca entre os agentes que participam do processo se torna o objetivo deste tipo de educação.

Que características pessoais você considera determinantes na formação profissional do enfermeiro humanizador?

2. As práticas humanizadoras fazem parte da formação inicial dos enfermeiros? Em que momentos?
3. As práticas humanizadoras fazem parte da atividade profissional dos enfermeiros? De que maneira?
4. Você acredita que a formação profissional articulada com os preceitos da ética, da ética do cuidado e da educação popular pode favorecer/influenciar de maneira mais intensa a realização de práticas mais humanizadas pelos enfermeiros? Como?
5. Você considera que teve uma formação profissional voltada para as práticas humanizadoras? Se sim, em que disciplinas este assunto foi abordado? Se não, em que momentos da vida profissional você teve acesso a os conhecimentos sobre humanização?

7.2 Apêndice B

ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO COM OS DOCENTES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – URI – FW

QUESTIONÁRIO

Projeto de Pesquisa com o título: Formação do profissional enfermeiro e as práticas humanizadoras em saúde: Uma possibilidade de articulação entre a educação popular e a ética do cuidado. Sob responsabilidade da pesquisadora Charline Beatrice Ritter Beregula com a orientação da Prof^a Dr^a Luci Mary Duso Pacheco.

O principal objetivo da presente pesquisa é conhecer a formação profissional dos enfermeiros e a articulação entre educação popular e a ética do cuidado a fim de analisar suas influências nas práticas humanizadoras destes profissionais.

1. Compreendendo os conceitos de ética: As questões referentes à ética remetem à comportamentos, ou seja, a conduta que se tem diante das circunstâncias que se apresentam no decorrer da história de cada indivíduo. Esta conduta que é aludida se consubstancia na vida em sociedade, facilitam as relações entre as pessoas sejam elas profissionais ou pessoais, mas o mais importante sobre esta matéria é a reflexão que há sobre ela mesma, no sentido de se pensar sobre os comportamentos e o quanto eles afetam as outras pessoas ou a si próprio. Esta reflexão que há sobre a prática pode-se chamar então de ética.

Ética do cuidado: A ética acrescida do termo cuidado torna-se: ética do cuidado, e de acordo com Boff (2008), o cuidado é a essência e compreendido como o suporte para a criatividade, a liberdade e a inteligência, e não o contrário. No cuidado está o *ethos* fundamental do humano, ou seja, os princípios, valores e atitudes que fazem o bem-viver da vida e das ações um agir coerente. Concordando com Boff (2012), a ética do cuidado é embasada na predisposição natural de cuidar e o desejo de ser cuidado, e isso perpassa toda a existência humana. Esta ética tem caráter universal e se realiza em todo ser humano.

Educação popular: A educação popular coloca educador e educandos no mesmo patamar de conhecimentos, porém em áreas diferentes. Na educação popular a premissa é o diálogo, e

esta relação dialógica é indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos. (FREIRE, 1987). A construção coletiva do conhecimento e a respectiva troca entre os agentes que participam do processo se torna o objetivo deste tipo de educação.

Que características pessoais você considera determinantes na formação profissional do enfermeiro humanizador?

2. Em quais momentos da vida acadêmica você considera que podem ser desenvolvidas as práticas humanizadoras na formação profissional do enfermeiro?

3. Você considera que a matriz curricular do curso de enfermagem proporciona momentos para que se desenvolva a formação humanizadora do profissional enfermeiro? Em que disciplinas?

4. Você acredita que a formação inicial é a única oportunidade para que o futuro enfermeiro conheça os preceitos da humanização e posteriormente, munido destes conhecimentos coloque-os em prática?

5. A sua formação profissional colaborou de que maneira para a prática da educação em saúde?

7.3 Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

URI – UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
CAMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**Formação do profissional enfermeiro e as práticas humanizadoras em saúde:
Uma possibilidade de articulação entre a educação popular e a ética do cuidado.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de acordo com a RES 466/12 do
Conselho Nacional de Pesquisa**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa com o título: Formação do profissional enfermeiro e as práticas humanizadoras em saúde: Uma possibilidade de articulação entre a educação popular e a ética do cuidado. Sob responsabilidade da pesquisadora Charline Beatrice Ritter Beregula com a orientação da Prof^a Dr^a Luci Mary Duso Pacheco. O principal objetivo da presente pesquisa é conhecer a formação profissional dos enfermeiros e a articulação entre educação popular e a ética do cuidado a fim de analisar suas influências nas práticas humanizadoras destes profissionais. Trazer estes questionamentos à luz da área das Ciências da Saúde e mais especificamente na formação dos profissionais enfermeiros veio como uma tentativa de mostrar alternativas reais à realidade observada.

Sua participação voluntária na pesquisa será em forma de questionário, que será realizada de maneira anônima (sem identificação). O questionário será entregue para cada participante da pesquisa e este levará consigo, podendo devolvê-lo, com suas respostas em data previamente agendada entre o pesquisado e a pesquisadora. A duração da participação no estudo será apenas o tempo necessário para a resposta do questionário, sendo que, após este encontro e a devolução do mesmo com as respectivas respostas não será necessário nenhum outro envolvimento no estudo por parte do pesquisado.

Importante ressaltar que a participação nesta pesquisa não acarretará nenhum benefício direto a nenhum dos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os seus resultados poderão auxiliar o desenvolvimento de estudos futuros. Não existem riscos conhecidos associados ao procedimento previsto, tampouco desconfortos em participantes do estudo.

A participação no estudo é totalmente voluntária, assim como a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo para o

participante. A participação no estudo não está relacionada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho. A recusa em participar ou a desistência da participação ao longo do estudo não acarretará em nenhum prejuízo ao vínculo com a instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

A confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes será preservada, e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem a identificação dos participantes do estudo. Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, através do contato com a pesquisadora responsável: Charline Beatrice Ritter Beregula celular: (55) 99815002 email: charliritter@outlook.com. O Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contato para esclarecimento de dúvidas através do telefone: (55) 37449306 das 08h às 11:30h.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma delas é entregue ao participante e a outra é mantida pela pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos e após será incinerado.

Participante _____ Assinatura _____

Pesquisadora _____

Frederico Westphalen, de de 2015.