

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA, EXTENSÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Fernanda Ribeiro Rodrigues

**O CUIDADO HUMANIZADO NA PERSPECTIVA DE DOCENTES DE CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SOROCABA/SP
2022**

Fernanda Ribeiro Rodrigues

**O CUIDADO HUMANIZADO NA PERSPECTIVA DE DOCENTES DE CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do
Programa de Pós-Graduação em Educação da
Universidade de Sorocaba, como exigência parcial
para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Ogécia Drigo.

**SOROCABA/SP
2022**

Ficha Catalográfica

R613c Rodrigues, Fernanda Ribeiro
O cuidado humanizado na perspectiva de docentes de cursos de
graduação em enfermagem / Fernanda Ribeiro Rodrigues. -- 2022.
139 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ogécia Drigo
Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba,
Sorocaba, SP, 2022.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Estudo e ensino (Superior). 3.
Enfermeiro – Formação. 4. Humanização dos serviços de saúde. 5. Ensino
superior. I. Drigo, Maria Ogécia, orient. II. Universidade de Sorocaba. III.
Título.

Elaborada por Regina Célia Ferreira Boaventura – CRB/8-6179

Fernanda Ribeiro Rodrigues

**O CUIDADO HUMANIZADO NA PERSPECTIVA DE DOCENTES DE CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do
Programa de Pós-Graduação em Educação da
Universidade de Sorocaba, como exigência parcial
para obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovado em: 18/08/2022

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria Ogécia Drigo
Universidade de Sorocaba



Prof.^a Dr.^a Flavinês Rebolo
Universidade Dom Bosco



Prof.^a Dr.^a Maria Alzira de Almeida Pimenta
Universidade de Sorocaba

**Sorocaba
2022**

Dedicatória

Dedico à Deus, meu melhor amigo e Salvador, que plantou o desejo do mestrado em meu coração e me confiou essa missão, para de alguma forma contribuir no resgate da humanidade do humano, tão escassa atualmente.

Dedico também ao pequeno Lucca, meu filho amado, no qual tenho me empenhado diariamente para que desfrute de uma educação mais humanista.

Agradecimentos

Agradeço à Deus, por ter me sustentado e guiado ao longo dessa jornada.

A minha mãe, pelas orações por acreditar em mim dia após dia.

Ao meu marido e meu filho, por compreenderem minha ausência e valorizarem meu sonho.

A minha pequena Lilly, por permanecer ao meu lado todos os dias, tornando a escrita menos solitária.

Aos meus amigos que sempre tiveram palavras de apoio e incentivo, em especial a Karen, minha amiga fiel e companheira.

Aos meus alunos amados, que me impulsionaram na concretização desse sonho.

Ao corpo docente do mestrado, por cada aprendizados e troca.

A professora Vilma Lení Nista-Piccolo, por ter me conduzido com maestria no início dessa dissertação.

A banca examinadora, por toda dedicação e contribuição na elaboração dessa pesquisa.

A minha orientadora, por aceitar me orientar no meio da jornada, que com sabedoria e calma, nos bons e maus momentos me guiou, sempre valorizando minhas vivências e acreditando em mim. A professora mais humana que já conheci, minha inspiração.

Muito Obrigada!

Eu imagino um zíper abrindo no meio todo coração humano – um dos lados é divino, o outro é humano.

(Marilyn Meberg)

RESUMO

A pesquisa tem como tema a humanização do cuidado em cursos de graduação de enfermagem, tendo como pergunta norteadora, como se dá a humanização do cuidado em cursos de graduação em enfermagem, segundo a percepção de docentes de disciplinas sobre a saúde da mulher? O objetivo geral é conhecer como se dá a humanização do cuidado durante a formação nos cursos de graduação em enfermagem, enquanto os objetivos específicos são: identificar como a questão da humanização do cuidado se manifesta em planos de ensino de docentes; explicitar concepções de docentes que ministram disciplinas vinculadas à saúde da mulher, sobre práticas que envolvem a humanização e identificar possíveis interferências na formação dos futuros enfermeiros no que se refere a tal questão, a partir de concepções e do que planejam os docentes em disciplinas vinculadas à saúde da mulher. Para alcançar tais objetivos, realizou-se uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, integrada à técnica de entrevista (semiestruturada) e à análise documental de planos de ensino dos docentes de instituições do ensino superior da cidade de Sorocaba. A análise envolveu sistematização das entrevistas, que foi apresentada em quadros e usando categorias advindas das falas dos docentes; descrição das diretrizes curriculares e dos planos de ensino e, por fim, interpretação desses dados destacados, permeada pelas ideias de Morin e Giordani, bem como pautadas também nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Enfermagem. Dos resultados destacamos que, em geral, os docentes consideram que se faz necessário durante a formação, englobar aspectos técnicos pautados nas melhores evidências científicas, bem como questões relacionadas ao comportamento, como empatia, ética, comunicação, diálogo e valorização do ser humano, sendo que estes aspectos se relacionam e são essenciais para o cuidado humanizado em Saúde. No entanto, percebe-se que ainda existe antagonismo entre o docente mencionar que a humanização é abordada diariamente no cotidiano da sala de aula sendo que os temas citados nos planos de ensino, predominantemente, tratam de doenças, técnicas e procedimentos. A pesquisa é relevante para a educação por trazer reflexões envolvendo a prática de docentes na formação do enfermeiro, o que pode contribuir para a construção de um novo olhar para a humanização do cuidado.

Palavras-chave: Graduação em Enfermagem. Diretrizes Curriculares. Cuidado humanizado.

ABSTRACT

The research objective is The Humanized Care in Nursing Degrees, as a guiding question: How is the humanized care in nursing degrees, from the point of view of women's health professors? The general objective is to know how the humanization of care occurs during training in undergraduate nursing courses, while the specific objectives are: to identify how the issue of humanized care is manifested in professors lessons plans; explain the conceptions of professors who teach subjects related to women's health, about practices that involve humanization and identify possible interferences in the training of future nurses with regard to this issue, based on conceptions and what the professors plan in subjects linked to women's health. To achieve these objectives, a field research was carried out, with a qualitative approach, integrated with the interview technique (semi-structured) and the documental analysis of teaching plans of professors from higher education institutions in the city of Sorocaba. The analysis involved systematization of the interviews, which were presented in tables and using categories derived from the professors' speeches; description of curriculum guidelines and teaching plans and, finally, interpretation of these highlighted data, permeated by the ideas of Morin and Giordani, as well as guided by the National Curriculum Guidelines for the undergraduate Nursing course. From the results we highlight that in general, teachers consider that it is necessary, during training to include technical aspects based on the best scientific evidence, as well as issues related to behavior, such as empathy, ethics, communication, dialogue and appreciation of the human being, being these aspects are related and essential for humanized health care. However, it is clear that there is still antagonism between the teacher mentioning that humanization is addressed frequently in the daily life of the classroom and the subjects mentioned in the teaching plans, predominantly, deal with diseases, techniques and procedures. The research is relevante for education because it brings reflections involving the practice of professors in the training of nurses, which can contribute to the construction of a new look at humanized care.

Keywords: Graduation in Nursing. Curriculum Guidelines. Humanized care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Sobre o interesse da pesquisa	10
1.2 Estado da questão	11
1.3 Pergunta norteadora e justificativa	28
1.4 Objetivos.....	29
1.5 Fundamentação teórica e procedimentos metodológicos	29
1.6 Relatos sobre a pesquisa em capítulo	32
2 ENFERMAGEM ASPECTOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	33
2.1 Da Enfermagem pré-profissional à profissional	33
2.2 Enfermagem profissional ou moderna no Brasil	36
2.3 Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.....	50
2.3.1 Descrição	50
3 HUMANIZAÇÃO.....	57
3.1 A humanidade da humanidade	57
3.1.1 Sobre o ser humano, cultura e a linguagem	57
3.1.2 A trindade humana e a multiplicidade na unidade	60
3.1.3 A sociedade	68
3.1.4 Progresso, ideias universalistas do humanismo, a sociedade-mundo e o futuro da identidade humana	71
3.1.5 Considerações sobre as ideias de Morin e a humanização do cuidado	79
3.2 Humanização e cuidado humanizado	80
3.2.1 Aspectos gerais sobre o contexto atual envolvendo a área da Saúde	80
3.2.2 (Re)pensando a assistência à Saúde.....	83
3.2.3 Sensibilidade para o cuidado	84
3.2.4 A cultura da humanização na Saúde e visões de Saúde	89
3.2.5 A enfermagem no processo de cuidar.....	91
3.2.6 Considerações sobre a humanização do cuidado e a nossa pesquisa	93

4 O CUIDADO HUMANIZADO NA PERSPECTIVA DE DOCENTES	95
4.1 Entrevistas: uma primeira sistematização.....	95
4.2 Entrevistas: análise e discussões	104
4.2.1 Aspectos do perfil docente	104
4.2.2 Aspectos da prática docente	105
4.2.3 Noções de humanização	109
4.3 Descrição e análise dos planos de ensino	115
4.3.1 Primeira sistematização dos dados dos planos de ensino	115
4.3.2 Análise e discussão dos planos de ensino.....	121
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS	130
ANEXO A - Referências do Plano de Ensino do Docente A	135
ANEXO B - Referências do Plano de Ensino do Docente D	136
ANEXO C - Referências do Plano de Ensino do Docente E	137
ANEXO D - Referências do Plano de Ensino do Docente F	138
ANEXO E - Referências do Plano de Ensino do Docente G	139

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sobre o interesse de pesquisa

O meu interesse por um tema de pesquisa na interface educação/saúde surgiu durante a trajetória profissional. A escolha da profissão, enfermeira, com foco na saúde da mulher, teve início durante o ensino médio, nas aulas de biologia, e se firmou com a vivência de problemas de saúde na família. Ingressei no curso de enfermagem com o propósito de ser uma profissional capaz de contribuir para que os pacientes que adentrassem os hospitais pudessem ser acompanhados, cuidados e instruídos, com um olhar acolhedor, sensível. No final do segundo semestre do curso de graduação tive a certeza que seria professora de enfermagem, o que foi fomentado pelo trabalho de uma professora de estágio curricular obrigatório. Finalmente, no oitavo semestre, cursei a disciplina que tratou da saúde da mulher.

Não satisfeita com a experiência proporcionada pela universidade nessa área, decidi ir em busca de estágio extracurricular, em um hospital. Inicialmente estagiei na área de gestão hospitalar e, posteriormente, no setor maternidade. Os aprendizados adquiridos na maternidade e no centro obstétrico, principalmente, os acompanhamentos dos trabalhos de parto, partos e puerpérios, foram determinantes para definir que após o fim da graduação, eu buscasse a especialização em obstetrícia, para aprender mais sobre a saúde mulher.

O curso de pós-graduação permitiu a transformação da minha prática profissional, principalmente pelas atividades desenvolvidas no estágio curricular supervisionado obrigatório, que além de ensinar todas as técnicas e procedimentos que uma enfermeira obstetra precisava saber, permitiu o entendimento da doença afetando um ser humano, com suas fragilidades, medos, sonhos, expectativas.

Nesse período, além de estudante, trabalhava como enfermeira em uma casa de repouso para idosos, em uma clínica para dependentes químicos e também supervisionava estágio de enfermagem, em um hospital público, em Sorocaba. A assistência de enfermagem nessas instituições era bastante precária. Convivi com profissionais desanimados, desamparados, muitas vezes sem recursos materiais mínimos para desempenhar seu trabalho com segurança. Consequentemente, pacientes e familiares demonstravam insatisfação com o atendimento que lhes eram prestados. Em todas as atividades que eu desempenhava, sempre trazia um olhar mais cuidadoso, tanto durante os treinamentos, na execução de procedimentos como na orientação ou outra atribuição que me cabiam. Via em toda abordagem, uma oportunidade para aprender

e ensinar, sonhando com uma assistência diferente. Trabalhei dois anos como enfermeira assistencial, conciliando esta tarefa com a supervisão de estágio.

Depois dessas experiências, passei a me dedicar exclusivamente à docência. Fiz pós-graduação em Didática e Metodologia no Ensino Superior, pois meu desejo, de um lado, era ir para além da prática, conciliar a teoria e a prática; de outro, a sala de aula era a oportunidade para tratar dos benefícios do cuidado humanizado, que busca compreender as necessidades de cada pessoa.

Essa prática não se restringi a afeto e carinho. Ela acontece em cada detalhe da assistência, como na comunicação efetiva, em linguagem simples, que facilita a compreensão, por parte do paciente, sobre o seu estado de saúde; quando se proporciona um ambiente acolhedor, que favorece uma escuta ativa; com uma iluminação adequada no ambiente para propiciar conforto ao paciente; quando o profissional de enfermagem constrói situações que favorecem a autonomia do paciente, bem como sua participação ativa naquilo que se refere ao seu corpo. Isto quer dizer que o profissional deve oferecer um atendimento com compromisso com alguém que requer cuidados e não simplesmente como quem ajuda no combate a uma doença.

Ensinar aos futuros enfermeiros, não foi uma tarefa simples. Ao conhecer o perfil deles, observei que a maioria já atuava na área há muitos anos, como auxiliares ou técnicos de enfermagem; que nem sempre eram acolhedores às mudanças, pois estavam acomodados e confortáveis com o modo como realizavam as suas práticas; não tinham percepção das dimensões inapropriadas de certas práticas e não manifestavam interesse em refletir sobre a humanização do cuidado na saúde da mulher. Esse fato gerou grande inquietação, por achar que um aluno que escolheu uma profissão, na qual o principal objetivo é cuidar de pessoas enfermas, deveria buscar sempre aprimorar suas práticas visando uma assistência humanista.

Assim consolidou-se o interesse por pesquisar a formação em enfermagem no ensino superior. Mas, vejamos como estão sendo realizadas as pesquisas sobre este tema.

1.2 Estado da questão

Para compor este estado da questão, nos meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022, buscamos pesquisas no Catálogo de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); no e no Google Acadêmico e no Scielo, com as palavras “cuidado humanizado, “graduação em

enfermagem” e “diretrizes curriculares”. Foram localizados 395 estudos. Como critério de inclusão, selecionamos pesquisas do período 2016-2021. Consideramos também, a possível aderência ao nosso tema e observando os títulos e resumos. Seguem alguns aspectos dessas pesquisas.

Makuch (2016), em *Tendências de mudanças na implementação de programas curriculares da graduação de enfermagem em Curitiba e região metropolitana*, trata da formação de profissionais da área da saúde, considerando que esta formação deve acompanhar as demandas e necessidades de saúde da comunidade, bem como interagir criticamente com os modelos assistenciais encontrados nos serviços disponíveis. A pesquisa foi guiada pela seguinte questão: quais as tendências de mudanças na implementação de programas curriculares na formação do enfermeiro? Sendo assim, o objetivo da pesquisa foi o de avaliar as tendências de mudanças na construção de programas curriculares na formação do enfermeiro, em instituições de ensino superior de Curitiba e Região Metropolitana, que se valeu de uma abordagem mista, utilizando da coleta e análise qualitativa e quantitativa de dados.

Entre os resultados, destacou-se que a IES considera a avaliação importante, em que, com dialogicidade com docentes e estudantes é possível melhorar, transformar ou implementar novas estratégias para visibilizar as potencialidades obtidas ou superar os possíveis entraves no desenvolvimento das ações pedagógicas. A implementação de práticas pedagógicas em sintonia com o perfil do egresso estabelecido pelas DCN's específicas da profissão do enfermeiro, confirmou-se como intencionalidade dos docentes do estudo, porém o momento é propício para que as proposições das diretrizes atuais sejam ressignificadas. As escolas, em geral, defendem a inserção dos estudantes em cenários de prática diversificados, precocemente, o que reafirma o caráter prático da profissão. Há depoimentos de comprometimento das IES com os serviços, porém ainda essa integração ocorre por iniciativa do docente. Há tendência à construção do paradigma da integralidade com mudanças no cotidiano da operacionalização dos currículos de enfermagem, enquanto essência da profissão no cuidado humano.

A referida pesquisa compõe este estado da questão, pelo fato de que o objeto de estudo é o mesmo proposto na nossa pesquisa, a formação de profissionais de enfermagem. Há aspectos que compartilhamos com Makuch (2016), como o fato de que a formação dos profissionais de saúde, não está conseguindo acompanhar as novas demandas de saúde da população. Um dos fatores que contribuem para este empasse, segundo a pesquisadora, é o currículo desatualizado, fragmentado e estático, além do desajuste das competências desenvolvidas durante o curso, com a real necessidade das pessoas, a falta de habilidade para trabalhar em equipe, o tecnicismo desvinculado do contexto, a generalização dos protocolos de

atendimentos, a valorização de atendimentos sem regularidade, ao invés de contínuo e a predominância da atenção hospitalar sobre a atenção primária em saúde, são alguns dos problemas apontados para a fragmentação da formação.

Makuch (2016) esclarece que ao pesquisar uma classificação das tendências pedagógicas que tem norteado a prática dos professores de enfermagem, Tacla (2002) as dividiu em tendência liberal tradicional e tendência liberal progressista ou renovada, tendo como referências Libâneo (1990) e Luckesi (1992). Na primeira, nota-se a pedagogia tradicional, centrada no saber docente. Nessa mesma tendência, encontra-se a pedagogia tecnicista que condiciona o estudante para um comportamento esperado e reforça respostas premeditadas, por meio de treinamento racionalizado inspirado no behaviorismo de Skinner. O ensino de enfermagem é fortemente influenciado pelo tecnicismo, visto que o aluno é frequentemente treinado para procedimentos e técnicas padronizadas, que objetivam uniformizar sua tomada de decisão. A segunda, em contrapartida, baseada em Paulo Freire, possibilita ao aluno a participação ativa em sua formação e transformação, a partir da realidade social analisada criticamente, enfatizando o confronto dos conteúdos com a realidade social. Tal abordagem instiga o desenvolvimento do pensamento crítico e propicia o desenvolvimento de habilidades a ele relacionadas, como uma premissa na formação do enfermeiro. O pensar criticamente, incorpora a resolução de problemas, a tomada de decisão advinda da observação do contexto e das alternativas disponíveis, exigindo o uso da imaginação, criatividade, sendo os valores e as atitudes essenciais neste processo.

Para mudança de atitude dos futuros enfermeiros, faz-se necessário repensar a formação na qual estão inseridos. Parece pouco provável que seja possível formar agentes de transformação das suas práticas e nas suas práticas, se mantivermos exclusivamente a pedagogia tradicional, centrada no saber do professor, a qual não favorece a formação de uma pessoa pensante, reflexiva, crítica e independente e com capacidade para contextualizar a realidade social do paciente e organizar a assistência de acordo com suas necessidades, considerando-se o meio no qual está inserido. Faz-se necessário, portanto, contextualizar a teoria com a realidade da prática assistencial, através de uma aprendizagem significativa, que sensibilize e mobilize os alunos de enfermagem para a mudança de suas práticas voltada ao cuidado.

Lousada (2020), em Aproximações a uma Educação Integral do ser humano a partir de uma perspectiva humanista, buscou caminhos que os professores podem seguir para construir experiências que desafiem o ser humano e os levem para além de discursos instituídos e considerados socialmente aceitáveis. A autora menciona que as atuais propostas pedagógicas

têm investido na dimensão que envolve o intelecto do ser humano, com uma pedagogia centrada na especialização e na educação disciplinar, que envolve o aprendizado mecânico, produtivo materialmente e alienante. Assim, conforme enfatiza Lousada (2020), as ações pedagógicas têm o intuito de uniformizar e modelar opiniões, pensamentos e atitudes, que promovem a dissolução das diferenças naturais.

A pesquisa tratou da dimensão humanista com foco em Rogers, Weil, Crema e Leloup e, entre os resultados, destacou que existem caminhos, além do tradicional, que os professores podem percorrer para propiciar aos estudantes, desafios e experiências que ultrapassem os limites do instituído, que permitam experimentar a liberdade de pensamento e, conseqüentemente, de tomar decisões autênticas. Isto implica na adoção de uma prática escolar que valorize, no estudante, a sua singularidade, suas potencialidades e sua capacidade de ser guiado por suas indicações internas, que o encaminhe a outras formas de experimentar o mundo, usufruindo de sua liberdade e autonomia.

Quanto à possibilidade de novas práticas que favoreçam uma educação integral com perspectiva humanista, Lousada (2020) menciona a importância do professor elaborar propostas pedagógicas visando à formação de um ser humano livre, por meio de um ambiente adequado, que permita o resgate de suas qualidades originais. Sugere uma formação para um ser humano livre, autônomo e autêntico por meio da articulação de uma prática pedagógica em torno de uma ação humanizadora, capaz de orientá-lo a assumir sua condição humana, essencial nos dias de hoje.

Os resultados da referida pesquisa nos levam a questionar se, atualmente, a formação em enfermagem basicamente se vale predominantemente da pedagogia tradicional, que dificulta espaços para os estudantes exercerem a liberdade de expressar suas experiências, no qual o ambiente não incita a sua curiosidade, espontaneidade e criatividade, buscando desenvolver a sua capacidade de pensar e solucionar problemas. Diante dos resultados da pesquisa, vale investigar se a educação integral com perspectiva humanista seria uma possibilidade viável para a formação em enfermagem, uma vez que, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (MEC, 2001, p.1).

Sendo assim, esta pesquisa faz parte deste estado da questão, por poder a educação integral com perspectiva humanista, ser um caminho de ensino que favoreça o cuidado humanizado, no qual investigamos em nossa pesquisa.

Rodenbush (2019), em *Formação Integral nos Cursos da Área da Saúde: contribuição para humanização na educação superior*, aborda a temática da humanização na Educação Superior na área da saúde. A pesquisa vai ao encontro da proposta apresentada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) de uma “Educação para Cidadania Global”, exigindo estudantes preparados para enfrentar os desafios presentes na sociedade, buscando desenvolver habilidades socioemocionais, valores humanos e atitudes fundamentais para promover a transformação social, tornando-os profissionais preocupados com a sociedade e com as pessoas.

Qual a percepção dos professores dos cursos de graduação da área da saúde sobre Formação Integral e de que forma podem contribuir para humanização na Educação Superior? foi a pergunta que guiou a pesquisa, cujo objetivo foi o de inventariar a percepção dos professores dos cursos de graduação da área da saúde sobre formação integral e apresentar elementos para uma prática docente humanizadora. Segundo a autora, foi uma pesquisa qualitativa que aplicou um estudo de caso, envolvendo docentes dos cursos de graduação da área da saúde, de uma instituição comunitária de Educação Superior, localizada no estado do Rio Grande do Sul.

Entre os resultados esperados, a pesquisadora destacou que os docentes possuem o entendimento de formação integral e humanização, de acordo com as teorias e os autores abordados no referencial teórico explicitado na sua pesquisa, sendo que para tais professores a formação integral deve englobar os aspectos técnicos, mas também os aspectos relacionados ao desenvolvimento do ser humano como um todo. No entanto, como ressalta a pesquisadora, os currículos dos cursos ainda não contemplam estes aspectos, são fragmentados, reforçando o saber técnico, sendo assim fazem-se necessários currículos inovadores e interdisciplinares, que levem os cursos a promover ações de integração entre as áreas de formação, englobando aspectos humanos e planejamento de atividades que desenvolvam a formação para cidadania global.

A pesquisa mencionada foi selecionada, pois vem ao encontro do nosso interesse da nossa pesquisa em abordar a formação dos profissionais da saúde (enfermeiros), que favoreçam o cuidado humanizado. É interessante destacar que para Rodenbush (2019), a palavra humanização embora seja muito mencionada, há dúvidas de que seja entendida, pois diferentes

significados e sentidos lhe são atribuídos. Concordamos com o uso do termo tal como destaca a pesquisadora, a de a humanização constituir uma relação verdadeira com o outro, com entendimento, diálogo e interação.

Segundo Rodenbush (2019), o mercado de trabalho e a sociedade vem passando por grandes transformações, exigindo das instituições de ensino superior e de seus profissionais a busca de um novo perfil, que contemple uma formação integral e humanizada, que os prepare para enfrentar o mercado de trabalho, os desafios políticos, sociais, culturais e ambientais. Com isso, os profissionais devem, durante sua formação, desenvolver habilidades socioemocionais, valores humanos e atitudes que favoreçam a cooperação e promovam a transformação social, tornando-os cidadãos críticos, responsáveis, resilientes, criativos e empáticos.

Em decorrência desse cenário atual, em concordância com a pesquisadora, destacamos que a prática docente também necessita modificar para atender as novas demandas emergentes. O ato de ensinar necessita urgentemente ir além da transmissão de conteúdo. Ser professor, neste contexto, conforme ressalta Rodenbush (2019), não pode se resumir em replicação de técnicas, procedimentos e conhecimentos em diferentes turmas, para diferentes estudantes. Compreende fazer com que o conteúdo ensinado tenha significado para o aluno, ou seja, o papel do docente deve ultrapassar o conteúdo a ser aprendido, pois ele precisa estabelecer relações interpessoais com os estudantes, de forma que seu trabalho não dependa exclusivamente de conhecimentos e qualidades técnicas, mas também da valorização do ser humano e integração interpessoal.

Assim, podemos enfatizar a importância da nossa pesquisa, uma vez que, conforme Rodenbush (2019), deve-se discutir a importância de uma formação que contemple os aspectos mencionados, principalmente em uma profissão como a enfermagem que deve assistir às pessoas doentes, vulneráveis.

Cardoso (2016), em Formação Humanista na Educação Superior: o caso do Unisalle Canoas, buscou identificar se a formação oferecida nos cursos de graduação do Centro Universitário La Salle Canoas trabalha a dimensão humanista necessária para o exercício profissional na contemporaneidade. A pergunta que norteou a pesquisa foi a seguinte: “Como se evidencia a dimensão humanista necessária para o exercício profissional na contemporaneidade na visão dos alunos formandos nos cursos de graduação do Centro Universitário La Salle Canoas?”. Portanto, o objetivo da pesquisa foi identificar se a formação oferecida nos cursos de graduação do Centro Universitário La Salle Canoas propicia a dimensão humanista necessária para o exercício profissional na contemporaneidade. O percurso metodológico se fez com um estudo de caso.

Entre os resultados da pesquisa, a autora ressaltou que a sociedade contemporânea manifesta a necessidade da formação humanista dos profissionais que estão ingressando no mercado de trabalho e que a ICES, por meio seus valores fundacionais e princípios, apresentou-se como agente de formação humanista, conforme evidências em seu Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI -, e no questionário aplicado aos participantes. Os resultados mostram o Unilasalle Canoas trabalha a formação humanista, nas seguintes perspectivas: integral, enquanto agir ético-moral; enquanto respeito e responsabilidade social; a cristã - espiritualidade imanente voltada ao diálogo, convivência e currículo, bem como a ICES tem em seus princípios, que lhe dão identidade e características próprias de gestão, o olhar necessário para a promoção da formação humanista, diante de uma filosofia que visa à pessoa humana enquanto sujeito integral e integrador, sendo que a figura do professor possui importante papel neste processo.

Escolhemos essa pesquisa para compor o estado da questão, pois ela trata na formação humanista no ensino superior, na qual possivelmente favoreça a formação de profissionais humanizados, tal como pretendemos fazer na nossa pesquisa, um olhar mais achegado ao profissional de enfermagem.

Cardoso (2016) menciona que é possível observarmos que as instituições de educação superior (IES) contemporâneas de excelência, estão sempre em busca de soluções que atendam às demandas sociais e, para tanto, se faz necessário uma formação integral do sujeito, aquela que se ocupa em formar futuros profissionais nas dimensões técnica e humanista. Para a autora, a formação humanista é o desafio mais importante das universidades na contemporaneidade, pois impulsiona a afirmação do indivíduo no mundo ciente do seu papel no processo de desenvolvimento da sociedade, que deve ser pautada na ética, no saber conviver, na responsabilidade social, além de garantir uma visão mais fiel na promoção de humanização da sociedade que sofre grandes impactos no decorrer dos tempos. Sendo assim, a formação humanista deve contemplar todos os programas de formação de novos profissionais que ingressarão no mercado de trabalho.

Ao falar sobre formação profissional, Cardoso (2016), apesar de não estar se referindo a enfermagem, aborda pontos importantes que a educação superior no geral deve ter como preocupação para acompanhar e atender as demandas sociais atuais, que está progressivamente mais tecnológica, dinâmica, globalizada e competitiva, o que exige de todos o aumento da capacidade pessoal para responder a tais modificações.

Para que seja possível uma educação superior que contemple os aspectos discutidos e mencionados anteriormente, não podemos deixar de pensar na responsabilidade dos professores

e suas práticas em sala de aula para com os alunos. Em certa medida, a nosso problema de pesquisa busca resposta relacionadas à prática de professores de cursos de enfermagem e os graus de aproximação e contribuição para uma formação que favoreça o cuidado humanizado de tais profissionais.

Rocha (2019), em pesquisa intitulada *A teoria das capacidades de Martha Nussbaum e o papel da formação humana na educação contemporânea*, teve como objetivo explorar o tema da educação humanista, ancorada na teoria das capacidades centrais de Nussbaum, assim como apresentar aspectos que sustentam a relevância da filosofia, como componente das humanidades para a formação plena do sujeito. “Qual é a contribuição da teoria das capacidades de Nussbaum para a formação humana e a educação contemporânea?” foi a pergunta que guiou a pesquisa, considerada como pesquisa bibliográfica.

A autora partiu da ideia de que a educação propicia uma formação tecnicista ou utilitarista, que não consegue capacitar suficientemente os sujeitos para viverem em uma sociedade democrática, que demanda a formação de cidadãos críticos e capazes de se colocarem no lugar do outro. Sendo assim, há a proposta de que a formação em humanidades, conforme concebida por Nussbaum (2015), pode contribuir para o fortalecimento de uma educação ampliada e democrática, capaz de melhor preparar os cidadãos para viverem em uma sociedade plural e diversa. Neste sentido, atribui-se à filosofia o potencial de fortalecimento das humanidades, pois a formação proporcionada por ela reúne condições de englobar uma formação ampliada do sujeito. A referida pesquisa compõe o estado da questão, pelo fato de que o tipo de formação na qual a autora discute, parece um caminho favorável para formar profissionais humanizados, no qual discutimos em nosso trabalho.

Vale destacar que Rocha (2019) menciona o ensino de filosofia e defende o método socrático, que leva o aluno a aprender a pensar de maneira crítica sobre as relações sociais e normas morais, aprendendo a elaborar seus próprios argumentos e ser livre de qualquer imposição de autoridade. Essa concepção de educação traz a sociedade mudança no modo de agir e pensar, tornando-os sujeitos autônomos e críticos.

Ao tratar sobre formação humana, há aspectos que concordamos com Rocha (2019), apoiada na teoria de Nussbaum (2015), como a ideia de que a pluralidade e a complexidade, características da contemporaneidade, impuseram grandes modificações à vida dos humanos, interferindo diretamente na forma hodierna de se conceber a democracia e a educação, e, por sua vez, a democracia apresenta muitas fragilidades, sendo diversas delas resultantes da maneira como a sociedade concebe e conduz o processo de educação de seus cidadãos. Nussbaum (2015) expõem questões inquietantes, como a exclusão das disciplinas de humanidades dos

currículos da educação básica e superior de muitos países. Sem justificativas fundamentadas, elas têm seu espaço reduzido ou são suprimidas, trocadas assim, por formação utilitarista e técnica.

Na contramão do modelo - voltado para atender a questões econômicas e mercadológicas, excluindo completamente a formação humana ampliada com a presença de disciplinas das humanidades -, conforme esclarece Rocha (2019), o aluno pode ser guiado a pensar criticamente sua presença e importância no mundo. Isso envolve conhecer vastamente as formações históricas e geográficas das sociedades, a história do trabalho, as relações internacionais, as noções de direito, cultura, política e religiões. Essa formação humanista, direcionada para a cidadania e com um olhar multicultural, desenvolvendo assim uma democracia global que Nussbaum (2015) defende.

A partir das leituras que realizamos para compor este estado da questão, acreditamos que não só uma ou outra disciplina de humanidades poderá dar conta de uma formação que favoreça a humanização dos sujeitos, mas sim que em todas as disciplinas, inclusive as com foco na saúde da mulher, o ensino deva ir além do tecnicismo.

Miranda (2019), em Processo de formação em enfermagem na perspectiva do paradigma do cuidado complexo em saúde, buscou compreender o processo de formação em enfermagem na perspectiva do paradigma do cuidado complexo em saúde. O tema emergiu das vivências da pesquisadora nos cenários da saúde e da educação como enfermeira e professora, e de sua inquietação diante da fragmentação do cuidado ao ser humano. A pesquisa dita qualitativa foi guiada pela seguinte questão: Como o paradigma do cuidado complexo em saúde pode contribuir com o processo atual de formação do/a enfermeiro/a?

A pesquisadora ressaltou que ao abordar o tema da formação em enfermagem, sob a perspectiva da teoria da complexidade, entendida como uma nova atitude diante do conhecimento, é possível sinalizar uma transição paradigmática humanista capaz de conduzir o/a enfermeiro/a para além das fronteiras que a sua formação disciplinar impõe.

Selecionamos esta tese, pois assim como a autora, discordamos de uma prática assistencial dissociada da compreensão de uma unidade de humana na formação em enfermagem.

Segundo Miranda (2019), ao revisar a história da profissão fica evidente que, por diversas vezes, ainda, a enfermagem realiza o cuidado focado somente no biológico sem considerar a manifestação de todas as dimensões humanas. Para a autora, o ser humano não pode ser dividido em duas partes, corpo e alma, corpo e mente, ele é uno e precisa ser compreendido em sua integralidade. Para ultrapassar essa fragmentação é preciso

redimensionar o pensamento, conforme explica Morin e Le Moigne (2000, p. 268 apud Miranda, 2019, p.19):

Há uma unidade humana. Há uma diversidade humana. A unidade não está apenas nos traços biológicos da espécie *Homo sapiens*. A diversidade não está apenas nos traços psicológicos, culturais, sociais do ser humano. Existe também diversidade propriamente biológica no seio da unidade humana; não existe unidade cerebral, mas mental, psíquica, afetiva, intelectual; além disso, as mais diversas culturas e sociedades tem 24 princípios geradores ou organizacionais comuns. É a unidade humana que traz em si os princípios de suas múltiplas diversidades. Compreender o humano é compreender sua unidade na diversidade, sua diversidade na unidade. É preciso conceber a unidade do múltiplo, a multiplicidade do uno.

Frequentemente, segundo a mesma autora, na enfermagem, o cuidado do outro é centrado exclusivamente no corpo físico, nos aspectos biológicos, sem levar em consideração o que move essa pessoa em sua plenitude, a saber: seus medos, suas emoções, sua espiritualidade, dentre outros aspectos que são esquecidos nesses currículos ocultos ou explícitos dos cursos de enfermagem ainda cartesianos para a compreensão do ser em sua totalidade.

Santana (2020), em pesquisa intitulada *O que pode uma educação sem uso? - o pensamento pós-humanista e a profanação em Giorgio Agamben*, trata da formação humana ocidental e os seus desafios contemporâneos em meio ao crescente desenvolvimento dos movimentos pós-humanistas e suas reflexões sobre a “natureza humana”. O objetivo da pesquisa foi realizar uma contextualização do pensamento de do autor mencionado, enquanto ferramenta de análise para as problemáticas contemporâneas do campo educacional, para assim elucidar alguns desafios da formação humana, enquanto possibilidade de abertura no meio social, para outras formas possíveis de se constituir, existir e agir enquanto sujeitos no mundo contemporâneo.

Em que medida, o conceito de profanação, manifesto enquanto elemento de abertura e respeito para o emergir da forma-de-vida dos sujeitos, pode contribuir para repensar o potencial de abertura da experiência humana junto as práticas educativas voltadas à formação dos sujeitos na sociedade contemporânea? foi a pergunta norteadora da pesquisa.

Entre os resultados, o autor destaca que profanar o improfanável, a interação da profanação com a formação, com os próprios princípios educacionais e pedagógicos, se apresenta como uma via possível e interessante para o campo os debates da educação. Não apenas expressar momentos profanos, apresentando uma resistência momentânea, mas tornando toda a experiência de vida uma experiência profana, uma forma-de-vida a emergir. Assim, deve-se agregar às subjetividades não apenas o consumo e a aceitação dos modelos

sociais, políticos e culturais, mas, também, deixar emanar em suas formações o emergir das possibilidades de uso, de interação com o saber, com o outro e com o cosmos.

A dissertação em questão foi selecionada, pela indagação do autor ter surgido na experiência de sua vivência em sala de aula, assim como em nossa pesquisa. Ao perceber que sua intervenção junto aos alunos, apoiada estritamente em conhecimentos e habilidades técnicas não conseguiam ter os efeitos desejados, naquilo se trata sobre formação humana.

Concordamos com Santana (2020), no que se refere à concepção de educação, que se apresenta e representa uma função restrita do potencial humano, uma vez que, guarda em seu cerne interesses estritos voltados à manutenção dos padrões políticos, econômicos e sociais, vigentes em um modelo de sociedade. Esse padrão de educação isolado, não favorece a formação de seres humanos críticos, reflexivos, pensantes e atuantes para com suas vidas e nem com as relações sociais. Ela sozinha, não instiga a sensação de pertencimento no mundo. Forma mais do mesmo, os fazendo sentir apenas mais um no meio do todo. Incapazes de modificar qualquer situação, ao invés de contribuir para que suas capacidades e habilidades possam ser manifestadas nas interações sociais. “De fato, a educação assumiu como tarefa própria, a manutenção de um perfil idealizador e domesticador dos homens, tornando-se pouco interessada na formação humana desses sujeitos em interação com a sociedade” (SANTANA, 2020, p. 13).

Estamos diante de um desafio, o de encontrar caminhos que superem essa formação fragmentada e favoreça uma formação de seres humanizados. Além disso, que alcance os alunos de enfermagem, especialmente na disciplina com foco na saúde da mulher. Finalizo arriscando em colocar uma assertiva: a educação não pode despir nenhum ser em formação da sua humanidade.

Benedetto e Gallian (2018), em *Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde*, buscou mostrar que o enfoque predominantemente biomédico atribuído ao ensino e à prática das Ciências da Saúde contribui para o processo de desumanização, o que vai ao encontro das reclamações dos usuários dos sistemas de saúde em nosso país.

O artigo constituiu um recorte de um estudo, cujo objetivo foi investigar a efetividade da utilização de narrativas como recurso didático na formação humanística de estudantes de Medicina e Enfermagem. Entre os temas emergentes, a partir de métodos qualitativos, destacou-se o currículo oculto, que permeou todos os demais e contra o qual os estudantes poderiam ser imunizados mediante a exposição a um modelo de ensino centrado no paciente e que prioriza a

reflexão ética. Para compor o estado da questão, escolhemos o artigo citado, pois a desumanização citada pelos autores, foi o motivo que deu origem a nossa pesquisa.

O modelo cartesiano-newtoniano, como explicam os autores, caracterizado por uma visão mecanicista e materialista do conhecimento e da vida, que fundamenta a pesquisa científica a partir do século XVII expandiu-se, a partir da física clássica, aos diferentes campos do conhecimento, incluindo a Biologia e as Ciências Sociais e Humanas. Nas palavras de Benedetto e Gallian (2018, p. 2):

O modelo biomecânico decorrente dessa visão positivista é alicerçado na especialização, fragmentação e avanços tecnológicos. A metáfora do universo como uma grande máquina, um imenso relógio, cuja totalidade é a soma das partes, foi o grande trunfo desse paradigma. Ao adotar-se essa metáfora em relação aos seres vivos, incluindo os seres humanos, estabeleceu-se o modelo biomédico de ensino e de prática da medicina, que predomina na atualidade. Neste, deixou-se de contemplar as dimensões sutis do ser humano, as quais, por milênios, foram consideradas importantes no que concerne à forma como os indivíduos adoecem e aos processos de cura. Além disso, na atualidade, comparar-se o médico a um mecânico que repara as partes avariadas do corpo humano não chega a causar estranheza entre profissionais de saúde e leigos.

Como mencionam os autores, não cabe negar a importância do avanço tecnológico e todas as conquistas que contribuíram fortemente para a diminuição do sofrimento, da dor, de doenças e mortes. Mas a tecnologia isolada, hoje, não traz solução para todas as questões que envolvem a saúde ou a falta dela. Por maior que seja o avanço nesse sentido, questões como o cuidado ainda estão diretamente ligadas a pessoas. As únicas capazes de tocar a alma, de dar amparo, de compreender o sentimento alheio e acolher todos anseios que a fragilidade da saúde traz. A humanização do humano. Sendo assim, não é aceitável aplicar a metáfora da máquina ao ser humano, principalmente naquilo que se refere ao cuidado. Ao tratar o paciente como partes, os despimos de toda sua humanidade, excluimos o todo que o compõem e o fazem humano.

Seguramente, como enfatizam os autores, qualquer iniciativa que busque à humanização em saúde requer a presença de profissionais motivados, idealistas e bem formados tanto do ponto de vista técnico quanto humanístico. Mencionam ainda o propósito posto pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação do Brasil, conforme mostram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área de saúde, sobre a formação em enfermagem, que prioriza uma formação também humanista.

Para Benedetto e Gallian (2018), não se trata de acabar com o modelo biomédico, mas sim de incorporar novos modelos que possam suprir as deficiências concernentes à formação humanística na área de saúde. Nesse sentido, o ensino das humanidades médicas tem sido

introduzido em faculdades de medicina ao redor do mundo. No Brasil, essa tendência apenas se inicia e é caracterizada por algumas iniciativas isoladas acerca das quais temos notícias esporadicamente. “Consideram-se humanidades médicas como algumas combinações de disciplinas relevantes do campo das modernas artes liberais – ética e filosofia, estudos acerca da espiritualidade, literatura e assim por diante – enfocadas em contextos médicos” (BENEDETTO; GALLIAN, 2018, p. 2).

Um modelo que se amplia nas últimas décadas, em cenários clínicos e didáticos, da área de saúde, é o ensino na medicina baseado em narrativas (MBN), que, consiste em ouvir as histórias dos pacientes com atenção e empatia, mesmo aquelas que aparentemente não têm vínculos com suas histórias clínicas, e utilizá-las como instrumento terapêutico e didático.

Benedetto e Gallian (2018) mencionam que oito estudantes, do segundo e terceiro anos de graduação, 5 de medicina e 3 de enfermagem, participaram da pesquisa que envolveu a aplicação do método MBN. Embora, os alunos já estivessem envolvidos com a prática da medicina e enfermagem, nunca haviam sequer ouvido falar do modelo MBN. Mesmo estimulados pelas narrativas utilizadas em sala de aula com o intuito de incitar a reflexão, poucos, inicialmente, sentiram-se encorajados para discorrer sobre suas histórias ou vivências pessoais, que se esperava terem sido despertadas pelos textos enfocados. Após alguns tomarem a iniciativa, os demais foram encorajados a participar e entenderam a importância desse momento de reflexão para todos que atuam na área da saúde.

O fato de, inicialmente, alguns estudantes não se sentirem à vontade para contar suas vivências, demonstra, segundo os autores, que provavelmente durante esses dois ou três anos na graduação, foram proporcionadas pouca, ou nenhuma oportunidade para fala, escuta, troca e reflexão, por parte dos professores para com os estudantes. Tais momentos não envolvem unicamente o paciente e as situações que o permeiam, como alunos e professores, para que possam expressar seus sentimentos enquanto profissionais e humanos, diante das diversas situações que os cercam no dia a dia, de dor, angústia, tristeza, insegurança, impotência. Sentimentos que parecem ser pouco valorizados ou esquecidos no decorrer da graduação. Como se para ser profissional da saúde, fosse preciso se despir de toda sua humanidade.

Esclarecem os autores que durante a aplicação do MBN, todos os participantes trouxeram relatos de situações que viveram ou presenciaram, proporcionando uma discussão bastante produtiva sobre humanização. Mencionam também que o termo empatia foi por diversas vezes relacionada à ou confundida com humanização em saúde. Na verdade, questões sobre a humanização apareciam frequentemente mescladas aos demais temas enfocados nas narrativas pessoais e discussões em sala de aula. A ideia de que um bom profissional de saúde deva ser

necessariamente “humanizado”, ainda que o significado do termo tenha adquirido conotações variadas, não foi de forma alguma contestada.

Parte dos estudantes concluiu que algumas pessoas são por natureza mais sensíveis, empáticas e compassivas e outras são mais racionais, e que até mesmo essas pessoas mais racionais poderiam desenvolver esse olhar compassivo e empático no decorrer do curso de medicina e enfermagem desde que houvesse um esforço da vontade e bons exemplos daqueles que servem de modelo aos alunos. E até mesmo os mais empáticos poderiam perder ou apresentar a diminuição dessa característica sem essa referência. O bom exemplo mencionado pelos estudantes, segundo os autores, dentro do processo formativo, na maior parte das vezes se dá pelos professores que o acompanham durante o processo formativo, através da fala, da forma como abordam os conteúdos e principalmente no modo de agir com os pacientes.

E ainda, conforme destacam os autores, é natural que no início de sua formação o aluno replique aquilo que o professor faz, até que guiado pelo seu mestre, crie segurança e seu próprio jeito de fazer. Então, se o exemplo foi de leva-lo a enxergar o paciente em sua integralidade, é pouco provável que como profissional ele atue mecanicamente e deixe de lado a humanidade que permeia aquele ser humano que está diante do seu cuidado.

Hoje ao indagarmos as pessoas sobre a forma como são tratadas nos serviços de saúde, arrisco a dizer, pela minha vivência, que poucos ou nenhum vão mencionar a tecnologia, o espaço físico, a hotelaria, mas todos vão falar sobre a forma como são tratados e acolhidos em suas demandas. Sendo assim, é importante verificar as crenças dos docentes sobre o seu fazer em aula e a possível aproximação de uma “prática humanizada”, como a que contribuir para a formação do profissional nesta perspectiva.

As diretrizes curriculares, as políticas públicas de saúde, como o Humaniza SUS, favorecem a formação e o cuidado humanizado. Mas enquanto aqueles que estiverem na frente da sala de aula não entenderem a real importância do seu papel, que são a parte fundamental capaz de mudar esse cuidado fragmentado, as ações desenvolvidas pelos órgãos vigentes não passarão de estratégias.

Souza e Maurício (2018), em artigo denominado “Antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde”, realizaram uma análise da atual proposta de humanização do cuidado em saúde, destacando sua materialização na realidade brasileira, apreendida a partir de enfoques trazidos na literatura científica com a qual dialogaram. Um estudo teórico-conceitual, portanto, que teve como fundamento o universo categorial marxiano. Deste modo, os autores contribuíram, ainda que de modo preliminar, para a (re)formulação de uma linha

teórica de análise da humanização do cuidado, sem negar a produção já existente sobre o tema, ainda que esta não seja incorporada acriticamente.

Destacaram, por fim, que se faz necessário reconstruir as estratégias revolucionárias, recuperar o horizonte de reformulação da sociedade pela sua base (sem ignorar os avanços pontuais que as estratégias do aqui e agora possam proporcionar), bem como afirmam que somente o enfrentamento radical do capital, visando reverter a subordinação das necessidades humanas às necessidades do mercado, pode emancipar a condição humana do processo do cuidado, hoje subsumida à valorização. Para os autores, esse deve ser o primado daqueles que estudam e militam na saúde contra a desumanização do cuidado.

Escolhemos este artigo para compor o estado da questão, por discutir sobre humanização do cuidado, que abordaremos na nossa pesquisa.

Concordamos com os autores que, atualmente, é possível encontrar infinitas classificações para o termo “humanização”, assim como formas diferentes de aplicá-lo no campo da saúde. Isso acontece pelo fato do termo ser utilizado para designar um processo consubstanciado a partir de diversos pontos de vista (da ética, política, justiça etc.), causando o confronto de concepções dessemelhantes, expressas na polissemia e/ou no esvaziamento de sentido do termo. No campo da atenção à saúde, o termo “humanização” é usado no contexto do processo de cuidar que, no nosso entendimento, em concordância com Waldow (1995, p. 203), “consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência”.

Ou seja, as relações, ações e atitudes do profissional para com o paciente. A humanização da saúde, segundo Mongiovi *et al.* (2014, p. 307 apud SOUZA; MAURÍCIO, 2018, p. 496), “é vista no contexto atual como um movimento integrador das relações da saúde, buscando uma melhoria do atendimento e um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado”. Os autores ainda mencionam que “embora haja um amplo campo de significados no movimento de humanização na saúde, o recorte da literatura aqui analisado aponta para a desvalorização do aspecto pessoal-emocional nas relações que os indivíduos estabelecem entre si” (SOUZA; MAURÍCIO, 2018, p. 498).

Em relação à desumanização da saúde, os autores destacam o caráter mercantil que guia as práticas estabelecidas na sociedade moderna. Nesse sentido, segundo Souza e Maurício (2018), o cuidado em saúde se volta aos mecanismos de reprodução do capital, implicando uma racionalidade reificada sobre os diversos elementos da produção do cuidado, com graves consequências para a subjetividade envolvida no processo. O capital, para continuar se

reproduzindo, cria/ impulsiona desigualdades, modifica desde a natureza até os cuidados em mercadoria, ao passo que afasta o trabalhador de sua condição humana.

Na sequência, os autores tratam da proposta de humanização da saúde como política social pública. Mencionam a origem em meio a um cenário que revela o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva da produção do cuidado, considerando a presença de modelos de gestão centralizados e verticalizados que desapropriavam os trabalhadores de seu próprio processo de trabalho. Dessa forma, buscando enfrentar os desafios em melhorar a qualidade do atendimento público à saúde e valorizar o trabalho dos profissionais, surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), em 2003.

É importante destacar que o despreparo dos profissionais, constatada na avaliação do sistema público para a criação da PNH, deve-se considerar a responsabilidade das universidades sobre a formação profissional. Nas palavras dos autores:

Quanto a isso, é destacado o importante papel que as universidades exercem nessa formação, por constituírem um dos níveis de ensino que integra, ou deveria integrar, ensino e comunidade. Com efeito, ressalta-se que as universidades também possuem responsabilidade pelo processo de humanização, uma vez que o ensino-aprendizagem das práticas de saúde deve ser orientado pelas diretrizes da PNH. Entende-se, assim, a humanização como referencial na constituição de currículos, práticas e atitudes que formem profissionais que busquem, conscientemente, a integralização do cuidado (SOUZA; MAURÍCIO, 2018, p. 499).

Diante desses fatos, na perspectiva dos autores, a desumanização está vinculada a aspectos políticos e sociais, e a formação dos profissionais da saúde, em grande parte, é voltada para atender apenas as demandas mercadológicas, e não aproximam o ensino à comunidade, favorecendo a formação de profissionais que se sintam comprometidos e encorajados para transformar e atender as demandas sociais, por meio do cuidado ao humano.

Silva e Sei (2021), em *A Humanização na Formação Acadêmica em Saúde: Perspectiva de Egressos de um Projeto de Extensão*, relataram a investigação sobre a concepção da formação de profissionais e humanização em saúde, pela perspectiva de ex-colaboradores de um projeto de extensão multidisciplinar. Tratou-se de um estudo qualitativo-exploratório, com dados coletados por meio de entrevistas e interpretados via análise de conteúdo categorial. Foram delineadas categorias referentes à formação curricular, autogestão estudantil e aprendizados advindos desta prática, bem como foram discutidos os currículos e como uma aprendizagem pautada na autonomia, no protagonismo e no lúdico, pode desenvolver habilidades singulares e essenciais para o profissional. E ainda, entre os resultados, os autores

acrescentaram que foi possível perceber uma mudança de concepções de ensino e atuação em saúde, apontando para a relevância de espaços onde os estudantes possam vivenciar processos que contemplem o âmbito político, social e subjetivo do cuidado.

O referido artigo foi escolhido para compor o estado da questão por tratar sobre a humanização na formação em saúde, o que permite novos balizamentos para nossa pesquisa.

Ao tratar do processo de formação dos profissionais da saúde, concordamos com as ideias de Biscarde *et al.* (2014), mencionadas por Silva e Sei (2021), de que esse processo é um desafio para as instituições de ensino superior. A formação do profissional de saúde traz dificuldades para a implementação das políticas de saúde, como exemplo a Política Nacional de Humanização (PNH), devido à ausência de sensibilização e preparo em lidar com conflitos que exigem habilidades além do conhecimento técnico. Os autores explicam, baseados em Brasil (2004), que a PNH foi lançada em 2003, com o objetivo de lidar com essa fragmentação e com a verticalização dos processos de trabalho, como também integrar as dimensões sociais e subjetivas existentes na atuação profissional. E ainda, sua implementação propõe que a política deva compor o conteúdo acadêmico na graduação, pós-graduação e na extensão em saúde, vinculado à educação permanente, como um dos eixos da estratégia para difusão e apropriação da política na sociedade.

Os autores ressaltam que em Corsino e Sei (2019) analisaram as matrizes curriculares de cursos de saúde de universidades paranaenses e constataram que a temática da humanização é pouco discutida nas disciplinas da graduação. Também apontam que uma das dificuldades da estruturação curricular na graduação é o fato de que ela tem como foco a prática profissional. A incansável insistência nas técnicas e protocolos padronizados, induz a ideia da perfeição, como se a habilidade e desenvoltura desenvolvida para a execução de procedimentos fosse capaz de solucionar todos os problemas. Este pensamento afasta os futuros profissionais de sua humanidade.

Consideramos que essa ideia vai na contramão da proposta da PNH. Para a política, humanizar, portanto, deve ser compreendido como uma construção coletiva, que integra como protagonistas usuários, trabalhadores e gestores e a oferta de atendimento de qualidade junto aos avanços tecnológicos e acolhimento, favorecendo tanto a autonomia e corresponsabilidade dos usuários no cuidado de si quanto dos profissionais na melhoria das condições de trabalho Brasil. Neste sentido, a formação dos profissionais da saúde não pode ser pautada em conhecimento técnico-científico e é necessário urgentemente que tal formação deve ser estendida a aspectos relacionados à coletividade, cidadania e emancipação dos sujeitos.

É sabido que os cursos da saúde em sua matriz curricular contemplam o estágio curricular obrigatório. Em algumas instituições de ensino superior, essa disciplina acontece no decorrer do curso, enquanto outras, optam por realizá-la apenas no último ano, impossibilitando ao futuro profissional a vivência precoce, a atuação e intervenção na realidade. São momentos importantes para o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, que primam pela interdisciplinaridade e os aspectos humanísticos e que poderiam ser contemplados no transcorrer da formação. E ainda, não defendemos que a abordagem desses aspectos se dê exclusivamente no estágio obrigatório curricular, mas sim em todas as disciplinas no decorrer da graduação. Porém, entendemos que esta disciplina proporciona a vivência real e concreta do aluno junto às demandas sociais.

Entre as pesquisas, predominantemente com abordagem qualitativa, quatro dos pesquisadores são formados na área da saúde (3 em enfermagem) e os demais são formados em Pedagogia, Educação Física, Filosofia, Psicologia e História. Duas das pesquisas foram realizadas em 2016, duas em 2018, três em 2019, duas em 2020 e uma em 2021. Os temas envolvem a formação humanística e a humanização na profissão de enfermagem, incluindo análises de currículos, projetos político-pedagógico e Plano de Desenvolvimento Institucional de diferentes instituições de ensino superior. Em geral, enfatiza-se a importância de desenvolvimento de novas práticas educativas que propiciem a formação integral na perspectiva humanística.

Com tal estado da questão, podemos delinear a pergunta norteadora da pesquisa e explicitar a possível relevância da mesma.

1.3 Pergunta norteadora e justificativa

A nossa pesquisa tem como tema a formação para o cuidado humanizado desse profissional em cursos de graduação em enfermagem. A nossa experiência implica que seria mais adequado buscarmos como se dá tal relação por meio da prática de docentes, em disciplinas voltadas para a saúde da mulher. Sendo assim, a questão norteadora da nossa pesquisa é a seguinte: como se dá a formação para o cuidado humanizado, nos cursos de graduação em enfermagem, segundo a percepção de docentes de disciplinas sobre a saúde da mulher?

A pesquisa é relevante, num sentido mais estrito, por trazer contribuições para a futura prática da pesquisadora. A problemática já anunciada no primeiro item desta Introdução, teve origem na minha prática docente, na qual pude observar certa resistência, bem como pouco

interesse, por parte dos alunos de Enfermagem, sobre a prática humanizada, menos tecnicista, no contexto da saúde da mulher. Esse fato sempre me incomodou, por achar que um aluno que escolheu uma profissão, na qual o principal objetivo é o cuidado com a pessoa, deveria compreender a importância e exercer com naturalidade o cuidado humanizado, pois espera-se que futuros profissionais possam acolher o doente, e especificamente a mulher, considerando sua experiência humana e tornando-a protagonista no processo de saúde/doença, seja para a promoção ou recuperação de sua saúde.

Num sentido mais amplo, a pesquisa é importante por enfatizar a contribuição dos professores que valorizem a sua prática como uma ação reflexiva, de um professor que pode se transformar na e com a sua prática, nela incorporando tanto uma leitura crítica de documentos oficiais como novos referenciais teóricos, que possam assim formar enfermeiros que primem pelo cuidado humanizado.

Com isso, podemos anunciar os objetivos da nossa pesquisa.

1.4 Objetivos

O objetivo geral é conhecer como se dá a humanização do cuidado durante a formação nos cursos de graduação em enfermagem. Os objetivos específicos são: identificar como a questão da humanização se manifesta em planos de ensino de docentes; explicitar concepções de docentes que ministram disciplinas vinculadas à saúde da mulher, sobre práticas que envolvem a humanização e identificar possíveis interferências na formação dos futuros enfermeiros no que se refere à humanização, a partir de concepções e do que planejam os docentes em disciplinas vinculadas à saúde da mulher.

1.5 Fundamentação teórica e procedimentos metodológicos

Iniciamos com os procedimentos metodológicos. A pesquisa, que é qualitativa, envolverá a descrição, sistematização e interpretação de dados coletados por meio de análise documental e de entrevistas com docentes.

De acordo com Piana (2009), a nossa pesquisa pode ser vista como uma abordagem qualitativa, pois buscamos dados diretamente com a população alvo da investigação, o que permite que o pesquisador tenha um encontro direto com os atores envolvidos, para assim dialogar de maneira crítica com a realidade na qual se pretende investigar. Nesse caso, o pesquisador vai ao espaço onde o fenômeno ocorre e reúne um conjunto de dados, que são documentados para posterior análise e interpretação dos fatos.

E ainda, segundo Moreira (2002) e Minayo (2000), podemos dizer que a abordagem é qualitativa, pois atentamos para o modo como as pessoas se expressam sobre as situações que vivem e a maneira como conduzem suas atividades, em contato com outras pessoas, no seu cotidiano. A partir dos dados coletados o pesquisador poderá então interpretar cuidadosamente o mundo real, a partir da experiência do outro.

A análise documental, por sua vez, conforme Rodríguez (2004) e Lüdke e Afonso (1986), implica em reunir a documentação, neste caso os planos de ensino dos docentes entrevistados. Os atores, no caso, são docentes de Instituições de Ensino Superior (IES), que oferecem graduação presencial em Enfermagem, na cidade Sorocaba. São elas: Faculdade Anhanguera; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Universidade Paulista e Universidade de Sorocaba.

Vejamos alguns detalhes da realização das entrevistas. Inicialmente, encaminhamos e-mail aos diretores das Instituições de Ensino Superior de Sorocaba, com a apresentação da pesquisa e manifestando o nosso interesse em entrevistar os professores que ministram a disciplina Saúde da Mulher, no curso de Enfermagem. Após consentimento da direção e ciência da coordenação desses cursos, os professores foram convidados, por e-mail, a participar da entrevista. Confirmado o interesse na participação, foi enviado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para leitura, preenchimento e assinatura, que foi entregue e devolvido por e-mail. O terceiro passo foi o agendamento das entrevistas, que aconteceu de forma remota devido à Pandemia Covid-19, nos meses de fevereiro e março de 2021. Ressalto que a coleta de dados online foi pertinente a esta situação.

A entrevista semiestruturada teve as questões feitas na seguinte ordem: 1) questões sobre a identificação do professor com a disciplina Saúde da Mulher – como chegou ali, por que, o que pensa sobre ela; 2) questões sobre a elaboração do plano de ensino dessa disciplina – quem e quando é feito, se tem a sua participação, como se dá a escolha dos conteúdos, métodos e bibliografias e 3) questões sobre a humanização na formação do enfermeiro, no que concerne especificamente a essa disciplina, solicitando a visão do professor sobre o assunto, bem como a percepção que ele tem sobre a receptividade dos alunos sobre o tema.

Em cada questão, o professor teve liberdade para trazer mais dados pertinente a temática. Nesse tipo de entrevista, segundo Moreira (2002), outras questões complementares podem ser levantadas, dependendo das respostas dos sujeitos, sempre que alguma coisa interessante aparecer. O registro se deu através de gravação da voz. Autorizadas previamente pelos participantes, a partir dos discursos, descritas em forma de relatório, para posterior análise de dados, e descartados em seguida. Ainda foi solicitado, a cada participante, durante a

entrevista, o plano de ensino da respectiva disciplina, que poderiam ser enviados posteriormente por e-mail, por aqueles que se sentiram confortável e podiam disponibilizá-lo à pesquisadora.

Após a realização das entrevistas, fizemos a transcrição; em seguida, a leitura atenta das respostas. Em uma primeira sistematização, considerando-se a proposta de Minayo (2012), elegemos as categorias: aspecto do perfil, da prática docente e noções de humanização. A primeira, aspectos do perfil do docente, se subdividiu em formação e experiência com “Saúde da Mulher”; a segunda, aspectos da prática docente, por sua vez, contemplam a disciplina ministrada, aspectos do modo de elaboração dos planos de ensino, atividades desenvolvidas com foco na humanização e modos de operacionalização de noções de humanização do cuidado, e a terceira, noções de humanização, envolvem a definição dada pelos docentes, a reação dos alunos, na perspectiva dos docentes e aspectos da futura prática do enfermeiro. Essa primeira sistematização está nos quadros numerados de 1 a 7, nas páginas 95 a 101.

Posteriormente, realizamos a leitura dos planos de ensino disponibilizados por cinco dos sete participantes, então selecionamos cinco categorias que foram apresentadas: disciplina, objetivos, conteúdo programático, procedimentos metodológicos e referências. Os resultados constam nos quadros numerados de 8 a 12, nas páginas de 121 a 125. Por fim, a interpretação e a compreensão dos dados destacados, seguindo os preceitos de Minayo (2012), foi permeada pelas ideias de Morin e Giordani, bem como pautadas também nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Em Morin (2002), encontramos questões importantes sobre a identidade humana. Ao pensar a trindade humana – homem-espécie-sociedade –, o autor enfatiza que a sociedade é produzida pelas interações entre indivíduos, mas é com a cultura e a língua que advém o caráter humano dos indivíduos. O sujeito que se constitui nessa sociedade, por sua vez, é aquele que comporta a autoafirmação e a capacidade de se dedicar ao bem comum ou ao próximo. Este se faz como *Homo sapiens*, *Homo faber* e *Homo economicus*, sendo que o *Homo sapiens* é também o *Homo demens*, ou seja, é dotado de razão e delírio. O *Homo faber* é também *Homo mythologicus*, aquele que constrói suas máquinas e também crê e desenvolve a religião. E, por fim, o *Homo economicus* não é apenas *economicus*, é também *ludens*. Assim se constitui a identidade complexa do ser humano, que se distancia da concepção de ser humano como animal racional, que é um animal que entre outras coisas, é também racional. Por fim, o autor agrega a ideia de que o ser humano é um microcosmo no macrocosmo, o Universo.

Para alcançar a questão da humanização do cuidado, buscamos contribuições em Giordani (2015), que trata da humanização da saúde e do cuidado. As ideias são importantes nas análises, pois a autora destaca como devemos proceder para ir ao encontro de humanização

do cuidado, esforço evidente posto pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) – criado pelo Ministério da Saúde, em 2001 –, para humanizar a saúde.

1.6 Relato da pesquisa em capítulos

Na Introdução, apresentamos como surgiu o interesse pela pesquisa, bem como o estado da questão, para verificar como estão sendo realizadas as pesquisas sobre a temática abordada. Também anunciamos os objetivos, pergunta norteadora, justificativa e procedimentos metodológicos. Além disso, apresentamos também os resultados da pesquisa em três seções. A primeira delas - Enfermagem: aspectos da formação profissional – mostra, como indica o título, aspectos relacionados à formação dos enfermeiros desde o surgimento da profissão e, em seguida, a descrição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem - DCNs-, que posteriormente servirão de base para a análise dos planos de ensino.

A segunda seção – Humanização e Humanização e Cuidado Humanizado - aborda, principalmente na perspectiva de Morin, aspectos sobre a identidade humana no contexto atual. Trata sobre a constituição do homem, a qual, segundo o autor, envolve aspectos das dimensões: físicas, biológicas, psicológicas, sociais, mitológicas, econômicas, sociológicas e históricas. Morin defende que a sociedade é produzida pelas interações entre os indivíduos, porém, é com a cultura e a língua que advém o caráter humano. O pensamento do autor nos leva a compreensão das facetas do *homo*, e a partir da sua ideia, nos permite considerar a perda da humanidade do humano durante algum momento da história. Tal pois, frente à força da sociedade, das ideias que nela circulam, da cultura, nem sempre os seres humanos foram capazes de pensar criticamente sobre elas e com elas. Partindo desse pensamento, apresentamos reflexões sobre a formação do enfermeiro, fundamentadas também em Giordani (2015), na perspectiva do cuidado humanizado, o que esclarece como proceder para ir ao encontro da humanização na saúde, considerando-se o que preconiza a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, proposta pelo Ministério da Saúde em 2001.

A terceira seção – O cuidado Humanizado na perspectiva de docentes – traz uma primeira sistematização das entrevistas realizada com os docentes participantes, bem como análises e discussões das mesmas, permeadas pelas ideias tratadas na seção anterior e pautadas também nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e, por fim, a descrição e análises dos planos de ensino. Nas Considerações Finais apresentamos reflexões sobre nosso caminhar com esta pesquisa, bem como refletimos sobre os resultados obtidos e sua relevância para a formação dos enfermeiros.

2 ENFERMAGEM: ASPECTOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo, apresentamos aspectos da formação profissional em enfermagem, destacando os avanços de uma prática pré-profissional para a profissional, bem como da profissão no Brasil, e culminando com a descrição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem - DCNs-, com o objetivo de construir um ponto de apoio para as análises das entrevistas dos docentes, uma vez que são eles que atualizam as ideias que constam nessas diretrizes, sem deixar de mencionar os efeitos advindos do contexto das IES envolvidas.

2.1 Da enfermagem pré-profissional à profissional

Conforme esclarece Oguisso *et al.* (2011), os cuidados dispensados a uma pessoa na própria casa se constituíram como uma das mais antigas formas de cuidar das pessoas, sendo que o ato de “tomar conta” de pessoas, no sentido de auxiliá-la a cuidar dela mesma, de atender suas necessidades vitais, confunde-se no tempo com o trabalho da mãe que cuida de seus filhos. E, como mencionam ainda os mesmos autores, a mulher deveria cuidar de outras pessoas dependentes, como idosos, feridos e doentes, ou seja, a proteção materna instintiva, nesses termos, pode ser considerada como a primeira forma de manifestação de cuidados do ser humano para com seus semelhantes

Segundo Kruse (2003), a origem da Enfermagem está vinculada às mulheres e aos homens que renunciavam a suas vontades para cuidar de enfermos, com o propósito de lhes proporcionar uma situação digna de saúde básica e sobrevivência. Entre os séculos XVI a XIX, constatou-se a presença de uma prática cultural e instintiva, onde feiticeiros, pajés e outros líderes religiosos, faziam rituais com a intenção de curar enfermidades. Para o mesmo autor, o curandeirismo era o que existia de mais próximo às práticas da Enfermagem até a vinda dos padres jesuítas ao Brasil, que passaram a prestar cuidados aos doentes com a colaboração das mães, voluntários leigos e escravos, pois com o processo de colonização, os europeus acabaram trazendo diversas doenças, que rapidamente se tornaram epidemias. E sobre a prática da enfermagem, dessa época, conforme enfatiza o mesmo autor, sabe-se que era exclusivamente prática e que para exercê-la, não havia exigências quanto à escolaridade

Nessa época, conforme Carlos e Germano (2011), foram fundadas as Santas Casas de Misericórdia, destinadas ao acolhimento de enfermos, pobres e órfãos. A primeira a ser fundada foi a de Santos, no estado de São Paulo, em 1543, seguida pela do Rio de Janeiro, Vitória no

Espírito Santo, Olinda em Pernambuco e Ilhéus na Bahia. Essas instituições representavam o único tipo de hospital do país. No que se refere ao cuidado, dada a falta de literatura específica, era comum as consultas a livros trazidos de Portugal sobre Enfermagem caseira e medicina popular. O livro mais consultado pelos que prestavam cuidados aos enfermos, era conhecido como “O Guia do Enfermeiro”, escrito em 1783, por Francisco Morato Roma, de edição portuguesa. Essa enfermagem exercida por leigos, desprovida de conhecimentos formais, baseada em práticas empíricas, cercada de rituais e que concebe a doença como um castigo dos deuses aos desobedientes e pecadores, é considerada como pré-profissional e perdurou até o século XIX.

A enfermagem profissional, segundo Oguisso *et al.* (2011), foi fundada por Florence Nightingale, nascida em Florença na Itália, em 12 de maio de 1820, filha de ingleses ricos. Seu pai, Willian Edward Nightingale, considerava-se progressista em relação à educação das mulheres e melhores condições na sociedade, com isso, ensinou para Nightingale diversos idiomas como alemão, francês, latim e também música, história e religião. Apesar de viver em uma família rica, Florence não quis seguir os padrões sociais da época para a alta sociedade. Ainda menina, visitava moradores de aldeias próximas que estavam doentes e em precárias condições, o que lhe despertou a insatisfação com o tratamento dessas pessoas. Aos 14 anos, concluiu que cuidar dos enfermos era sua vocação, o que relatou posteriormente em suas obras como sendo um chamado divino. Sua família não a apoiou para que estudasse Enfermagem e nem para que se dedicasse aos cuidados dos doentes pobres, pois a profissão, segundo Kruse (2003), não era bem-vista e mulheres que a desempenhavam eram pobres ou tinham alguma vocação religiosa.

Conforme esclarecem Carlos e Germano (2011), Florence, com sua inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança, com desejo de tornar-se enfermeira, frequentou irmandades religiosas que trabalhavam com cuidados aos doentes. Aos 31 anos, entrou para um curso de treinamento no Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth, na Alemanha, sob a direção do pastor Theodor Fliedner. Tempos depois, foi a hospitais em Dublin e Edimburgo, locais em que conheceu diferentes condições e métodos de tratamento. No entanto, foi em Paris, no recém-inaugurado Hospital Lariboisière, que vislumbrou alternativas para tratar as pessoas, proporcionando o contato dos pacientes com a luz e o ar fresco.

Segundo Kruse (2003), Nighingale adotou a Teoria Miasmática, método utilizado na época por hospitais considerados avançados, como o de Paris, no qual se postulava que a permanência de doentes em ambientes arejados e bem iluminados podiam contribuir para a cura

de diversos males e que as doenças poderiam ter origem espontânea com a reclusão em locais escuros e condições precárias de higiene. Apesar de a ideia de espontaneidade de doenças ter sido descartada posteriormente, essa mudança no ambiente permitiu a melhora da saúde na Europa, já que muitos lugares eram realmente insalubres.

Carlos e Germano (2011) mencionam que Florence cumpriu sua missão mais importante durante a Guerra da Crimeia. Em 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia, guerra esta também marcada pela grande mortalidade de soldados ingleses entre os hospitalizados. O exército britânico não permitia a contratação de enfermeiras, o que dificultou o cuidado aos combatentes e gerou um estado de calamidade e negligência. O ministro Sidney Herbert foi pressionado pela opinião pública e teve que tomar medidas para melhorar a imagem do exército britânico. Assim, como conhecia Florence, pediu que ela formasse uma equipe e se juntasse às tropas para atender os militares. Foi assim que ela se tornou chefe da Enfermagem na Turquia, encontrando soldados em estado lamentável e um déficit de materiais para higiene pessoal e alimentação.

As ações levadas adiante por Florence, conforme Kruse (2003), como a limpeza do local onde os militares eram atendidos, a exposição dos doentes ao ar fresco e a luz; a elaboração de um plano de alimentação para cada tipo de enfermo e com a ênfase no repouso durante o processo de recuperação contribuíram para baixar a mortalidade. E ainda, registrou e organizou dados sobre os resultados obtidos, o que lhe rendeu visibilidade internacional. O trabalho de Florence, conforme esclarece o mesmo autor, nessa guerra, foi um dos fatores que transformou o hospital em uma “máquina de curar”, que permitia eliminar os fatores negativos, como os problemas com a renovação e circulação do ar, o transporte adequado das roupas, buscando organizá-lo, garantindo a presença constante dos médicos, a observação e registro de cada caso, acompanhando a sua evolução. A partir dessa ação, seria possível a universalização dos achados para toda a população, viabilizando a substituição de regimes terapêuticos, comuns na época, que eram pouco eficientes, por curas médicas e farmacêuticas mais específicas e adequadas. O hospital começa então, a se tornar um elemento fundamental para a tecnologia médica, lugar onde a função terapêutica é bastante apurada, onde é permitido curar.

Segundo Carlos e Germano (2011), pelos trabalhos desenvolvidos na Criméia, Florence recebeu um prêmio do Governo Inglês. Com isso, funda-se a Escola de Enfermagem, em 1859, no Hospital Saint Thomas, em Londres, o que ia ao encontro do que Florence acreditava ser a melhor maneira de dar modificar os rumos da Enfermagem. Essa escola destinava-se a serviços de ensino, domiciliares e hospitalares, era diferenciada quanto à sua orientação e organização, pois, obrigatoriamente, deveria ser coordenada e dirigida por enfermeiras. O ensino, segundo

os mesmos autores, pautava-se em filosofia, química, anatomia, abreviações latinas e técnicas; as alunas eram escolhidas sobre o ponto de vista físico, moral, intelectual e de aptidões, ainda era necessário serem jovens, educadas e de elevada posição social, sendo que as menos favorecidas, chamadas de nurses, tinham seus estudos financiados pela Fundação Nightingale e destinavam-se aos serviços práticos, enquanto as ladies-nurses, que tinham uma condição financeira favorecida, eram preparadas para atividades de ensino e supervisão, ocupando espaços de liderança, resultando em divisão social de classes e enfatizando a divisão técnica do trabalho, tendo em vista dois tipos de aluna.

De acordo com o que esclarece Kruse (2003), Florence morreu em 13 de agosto de 1910, e sua maior contribuição com a fundação da escola de Enfermagem, consistiu na substituição da prática empírica, sem fundamentação teórica, por uma prática racional e sistematizada, alicerçada em conhecimento científico. Seguindo esses preceitos, a enfermagem passa a ser chamada como Moderna ou Profissional. Assim, a Enfermagem nasceu como uma prática coadjuvante da prática médica e que, como tal, se constrói dentro da instituição hospitalar e a partir do saber médico constituído na modernidade

Vejamos, a seguir, aspectos do desenvolvimento da enfermagem profissional no Brasil

2.2 Enfermagem profissional ou moderna no Brasil

No Brasil, de acordo com Santos (2003), a formação da Enfermagem começou com a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em 1890, no Rio de Janeiro, que foi instituída pelo Decreto n.º 791, de 27 de setembro de 1890. Tal escola foi criada por médicos, à luz do modelo francês, não tendo ainda a concepção de Enfermagem moderna, já estabelecida nos Estados Unidos e em outros países da Europa. Por conta disso, até hoje se discute se esta foi a primeira escola de Enfermagem do país. Atualmente, tal escola é denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, localizada no Rio de Janeiro. Os médicos pretendiam, segundo o mesmo autor, com a criação dessa escola, atender à necessidade de formar profissionais de Enfermagem para o hospício, referência ao Hospital Nacional de Alienados, devido à saída das irmãs de caridade. Pretendiam também, formar enfermeiros e enfermeiras em escola controlada por médicos, conservando assim a institucionalização do poder médico como elemento central da assistência de saúde, já garantida pela regulamentação oficial do ensino de medicina.

O currículo da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, era composto por:

Noções práticas de propedêutica clínica; noções gerais de anatomia; fisiologia; higiene hospitalar; curativos; pequena cirurgia; cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas ou tratamento através de banhos;

administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias (DECRETO 791, p. 2456).

O ensino da Enfermagem nesse momento, era exclusivamente centrado na assistência médico/hospitalar, ou seja, os profissionais de enfermagem eram formados para auxiliar nas demandas da medicina.

O início da modernização e da urbanização das cidades, entre outras coisas, devido ao aumento do comércio internacional e ao incremento das correntes migratórias, o constante e expressivo aumento da população, sobretudo nas capitais dos estados mais importantes, tanto no Brasil como na América Latina, levou o governo, conforme ressalta Rizzoto (1995), a preocupar-se com a elaboração de uma política sanitária, devido ao grande aumento das doenças transmissíveis como: peste bubônica, cólera, febre amarela, varíola, tuberculose, lepra e a febre tifoide, que poderiam prejudicar os interesses ligados à economia exportadora do café.

Nesse contexto, surge a Reforma Sanitária, segundo Moreira (1999), determinante para a implantação no Brasil de um modelo sanitário centralizado, estimulando o Estado brasileiro a recorrer ao Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, para organizar uma profissão que associasse educação e saúde e transformasse a saúde no âmbito nacional. Este modelo, de acordo com Kruse (2003), teve forte influência da estrutura norte-americana de atenção à saúde, através desta instituição de caráter científico, religioso e filantrópico com organização de cunho paramilitar, ética religiosa e de trabalho e com forte apelo à amizade entre Brasil e Estados Unidos, ampliando desta forma, sobremaneira, a área de influência dos Estados Unidos no Brasil e na América Latina, com a propagação de seu modelo sanitário, o que incluía a criação de hospitais, tendo como modelo as instituições de saúde americana.

O Rio de Janeiro, como explica Rizzoto (1995), foi o centro das ações empreendidas pelas enfermeiras da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, nomeada também como “Missão Parsons”, coordenada por Ethel Parsons (Figura 1) e por médicos brasileiros, em busca da construção dos emblemas e sinais de distinção da profissão de Enfermagem.

Figura 1 - Homenagem a Ethel Parsons, da Fundação Rockefeller¹



Fonte: Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Para Moreira (1999), a criação de uma escola e a delimitação de um campo de prática profissional constituíram os pré-requisitos necessários para que os leigos fossem retirados do cenário público, chamados de visitantes de saúde, que assistiam à população com conhecimento empírico, sem organização e controle formais. Assim, a profissão passa a ser regulamentada, e lhe é atribuída a função de profissão estratégica na organização sanitária da cidade. Essas iniciativas alinhavam-se com o programa de educação e saúde em torno do qual se arregimentavam os sanitaristas, preocupados com a prevenção de doenças e a criação de hábitos de higiene na sociedade.

O marco histórico desta missão, como ressalta Kruse (2003), foi a criação de um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com a fundação de uma Escola de Enfermeiras, chamada inicialmente de Escola de Enfermeiras do DNSP, a primeira escola brasileira de Enfermagem que adotou o sistema inglês proposto por Florence Nightingale, conhecido como Enfermagem científica ou moderna, constituindo o que ficou conhecido como modelo anglo-americano de Enfermagem. Em 1926, como esclarece Lacerda

¹Homenagem a Ethel Parsons, da Fundação Rockefeller responsável pela coordenação do Serviço de Enfermagem Sanitária, que resultou na criação da Escola Anna Nery. A homenageada está ao centro, de echarpe no pescoço e ao seu lado esquerdo Carlos Chagas (de bengala e chapéu). Rio de Janeiro, julho de 1926.

(2002), passou a chamar-se Escola Anna Nery e posteriormente Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em homenagem a uma personagem importante na história da profissão, Anna Justina Ferreira Nery.

De acordo com Moreira (1999), Anna Nery nasceu na Bahia, em 1814, em uma família conceituada. Ela teve acesso à educação, diferente da maioria das mulheres da época, casou-se e teve três filhos, e aos 29 anos ficou viúva. Aos 51 anos, viu seus filhos partirem para a guerra contra o Paraguai. Em uma carta destinada ao Presidente da Província da Bahia, Manuel Pinto de Souza Dantas, ofereceu-se para servir aos feridos de guerra como voluntária e foi aceita como auxiliar do corpo de saúde do Exército brasileiro. Ela conseguiu transformar a realidade sanitária local, segundo Cardoso e Miranda (1999), impondo condições mínimas de higiene para que doenças não se alastrassem e feridas fossem tratadas. Foi considerada, segundo os mesmos autores, a primeira pessoa não-religiosa a dedicar-se aos cuidados com a saúde de uma comunidade ou população, considerada a primeira enfermeira do Brasil, e pelo seu trabalho, o governo imperial conferiu-lhe a Medalha Geral de Campanha e a Medalha Humanitária de primeira classe.

Segundo Rizzoto (1995), o curso da escola coordenada pelas americanas, tinha duração de vinte e oito meses, e o currículo era organizado em cinco séries: as quatro primeiras relativas à parte geral, incluía psicologia como reforço à estratégia de conformação de uma ordem disciplinar, pois pelo autoconhecimento poderia ser alcançado o autocontrole, virtude que não poderia ser menosprezada em um internato regido por padrões e estereótipos concernentes ao gênero feminino; a quinta série se ocupava das especializações: Administração, Enfermagem Clínica e Enfermagem de Saúde Pública e era progressivamente ampliada para que pudesse incluir experiências nos diversos serviços que eram organizados nos hospitais do Rio de Janeiro.

Em 1930, como esclarecem Carlos e Germano (2011), o curso passou a durar três anos e oferecia, além das aulas teóricas, práticas em enfermarias e ambulatórios, ministradas por enfermeiras e médicos que participavam da seleção das candidatas, sendo que o regime de internato foi mantido até a década de 1960, para controlar a conduta das enfermeiras

Nota-se pelo relato histórico da época, segundo Kruse (2003), que junto à modernidade, dá-se início a uma prática de cuidado dos corpos humanos, que se profissionaliza, e vem a compor um dispositivo para o controle da população, naquilo que se refere as questões de saúde. Ressalta-se que, conforme o mesmo autor, a formação das enfermeiras no início do século XX no Brasil, deu-se, principalmente nas instituições hospitalares, contrariando os discursos de que a Enfermagem brasileira surgiu por uma necessidade da atenção pública. Esta versão, tem sido muito discutida, pois ao deparar-se com arquivos históricos da escola Anna Nery, verifica-se

através de relatos dos profissionais, que a institucionalização da Enfermagem Moderna no Brasil, serviu muito mais para atender ao grande avanço da Medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica, do que para introduzir uma assistência de Enfermagem voltada para a Saúde Pública.

Para Rizzoto (1995, p. 77), “a enfermeira brasileira foi preparada para ser coadjuvante da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa”. Além disso, verificamos também, na composição do currículo do curso de 1930, onde “prática em enfermarias e ambulatorios”, caracterizado pelo estudo sistemático das doenças, e, portanto, centrada no ambiente hospitalar.

Para consolidar a Enfermagem como profissão, houve uma grande mobilização por parte governo, especialmente na divulgação do curso, dada a necessidade de mão de obra qualificada e em grande escala para atender todas demandas de saúde do país. Segundo Lacerda (2002, p. 633):

Na capa de um impresso de 1921, no qual se veiculava um ‘Apelo às moças brasileiras’, verificamos os sinais daquilo que caracterizava como ‘Enfermagem Moderna’: “O Brasil precisa de enfermeiras e convida-vos ao desempenho do maior serviço que uma mulher prezada e educada pode prestar — a assistência inteligente e piedosa aos doentes”.

Nota-se uma mudança no perfil da profissão, o cargo antes ocupado por homens e mulheres de classes subalternas, sem nenhum tipo de instrução ou treinamento adequado, na qual os critérios para execução da função era composto pela religiosidade, caridade e abdicação de suas vontades próprias, a partir da chegada da Fundação Rockefeller, passa a ter exigência segundo o padrão americano, na qual, os rituais de seleção deveriam englobar critérios de classe, gênero, cor e moralidade destinados a fabricar os novos emblemas da profissão, mesmo que contrária à concepção brasileira de democracia.

Naquele momento, conforme Moreira (1999), existiam muitos desafios a serem enfrentados, considerando-se que o sucesso do projeto dependia tanto de uma atuação competente, quanto ao reconhecimento da profissão pelo público leigo e especializado, a partir do momento em que as ações resultassem na elevação da qualidade dos cuidados prestados e estivessem de acordo com os padrões morais imperantes na nação brasileira. Mesmo recorrendo a ajuda das enfermeiras norte-americanas para a implantação da Enfermagem como profissão no país, a classe médica continuou ministrando aulas e coordenando tanto os cursos, como as atividades desempenhadas pelas profissionais posteriormente a formação dentro dos serviços de saúde. As mantendo sob o olhar hierarquicamente superior do médico e favorecendo a formação centrada exclusivamente na cura da doença.

Verifica-se, portanto, segundo o mesmo autor, o monopólio da medicina sobre a Enfermagem desde sua criação no Brasil. A figura do médico já ocupava um espaço privilegiado nos hospitais. O fato da medicina ter se estabelecido primeiro como profissão e os médicos auxiliado no processo de inserção da educação e profissionalização da Enfermagem, favoreceram a formação de profissionais de enfermagem centrados na cura de doenças.

Comprovamos, com Carlos Chagas, diretor do DNSP, na década de 1920, a importância do trabalho de Enfermagem.

É verdade que suas tarefas são quase sempre, de certa maneira, subordinadas ao médico e ao higienista; mas não é menos verdade que, apesar desta relativa subordinação (que pode ser melhor definida como uma dependência recíproca em torno de ideais comuns), vocês têm autonomia e responsabilidades próprias. Têm o direito e a obrigação de ter iniciativa (CHAGAS, 1925, p. 10 apud MOREIRA, 1999, p. 639).

Em outro discurso, novamente são ressaltados aspectos da Enfermagem e a relação hierárquica a que está sujeita no interior de um hospital.

E é também lá, prezadas enfermeiras, que a alta qualificação moral de sua profissão poderá ser demonstrada, e que a cultura e disciplina de seu espírito se tornarão mais evidentes. Lá vocês irão complementar o trabalho dos médicos na realização de seu grande objetivo, qual seja, a cura da doença ou, na medida de sua capacidade humana, o alívio do sofrimento. Vocês irão pautar-se, através da dignidade de sua conduta, pelo dever da obediência e o reconhecimento da hierarquia profissional, que constitui o fundamento necessário de seu trabalho. E esta obediência não vai comprometer o juízo que se faz nos dias de hoje do elevado mérito de sua profissão, reconhecida atualmente graças à sua firme determinação e à beleza de seus propósitos (CHAGAS, 1925, p. 10 apud MOREIRA, 1999, p. 640).

Na mesma ocasião, segundo Moreira (1999), Chagas falou sobre a expansão do trabalho das Enfermeiras, para além da assistência à infância, a prevenção da tuberculose e das doenças venéreas e a realização do pré-natal.

Nesse momento, percebe-se a preocupação, por parte do Estado, com a formação das futuras enfermeiras, naquilo que se refere as questões que envolvem à saúde da mulher, a qual damos ênfase em nossa pesquisa, ainda que essa preocupação seja única e exclusivamente para o período gravídico. Cabe ressaltar, que a assistência às mulheres relativas à gravidez e parto no Brasil, antes do surgimento da enfermagem como profissão, eram prestadas em grande parte das vezes pelas parteiras tradicionais:

Define como parteira tradicional, aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira. Ou seja, seu conhecimento é empírico e adquirido na comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 11).

No Brasil, segundo Rizzoto (1995), a profissionalização da Enfermagem esteve ligada a complexas demandas do governo, tais como a organização da saúde da população, o fortalecimento da nação e o lugar a ser ocupado por uma profissão feita para mulheres e por mulheres, como se a capacidade profissional estivesse atrelada à competência feminina, isto é, ao desempenho dos papéis naturalizados de mulher/dona de casa/esposa/mãe, inclusive os sentimentos ligados a eles, mas domesticados pela formação técnico-científica e enquadrados nas hierarquias que subordinavam as funções de enfermagem às ações médicas.

Em 1925, de acordo com Cardoso e Miranda (1999), formou-se a primeira turma de enfermeiras no Brasil, de acordo com o modelo de Enfermagem anglo-americana. Surge, então, a ideia de criar uma associação composta por ex-alunas da Escola de Enfermeiras Anna Nery, posteriormente, ampliada para admitir enfermeiras formadas em outras escolas, principalmente as norte-americanas. Funda-se, então, em 1926 a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas, hoje, chamada de Associação Brasileira de Enfermagem (Aben).

Segundo Edith Magalhães Fraenkel, enfermeira, instrutora de ensino da Escola de Enfermeiras e primeira presidente da Associação, “para uma profissão progredir é necessário que tenha uma associação e uma revista” (CARVALHO, 2002, p. 249).

Conforme explica Kruse (2003), durante um encontro do Conselho Internacional de Enfermeiras no Canadá, em 1929, a ideia de publicar uma revista foi retomada. Recomendaram às enfermeiras brasileiras presentes, que uma revista seria indispensável ao desenvolvimento da profissão. Nasce então, a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), intitulada inicialmente de Annaes de Enfermagem, órgão oficial da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, projetada para ser um meio de comunicação entre as enfermeiras. A Revista representou um elo valioso do projeto moderno para a instituição da profissão, pois além da visibilidade que proporcionaria ao grupo profissional que se iniciava, seria também o braço de divulgação científica e a aproximação com a ciência possibilitaria usufruir de seu status, o que era imprescindível na época.

Em sua trajetória a REBEn, de acordo com Moreira (1999), enfrentou diversas dificuldades, entre elas, a interrupção de seu periódico durante a Segunda Guerra Mundial. O principal motivo foi a falta de recursos financeiros pelo alto custo do papel. Em 1948, a revista começa uma nova fase, o registro da sua ficha catalográfica como v. 1, n. 1 e obtém o registro de publicação seriada (ISSN). Neste instante, a editorialista solicita que enviem artigos “justamente para que a revista possa apresentar problemas de enfermagem relativos a todo o país é que essa contribuição se torna imprescindível” (ANAIS, 1948, p. 1).

As publicações da Reben, segundo Carvalho (2002), no início, quando ainda era organizada junto a escola Anna Nery, eram pertinentes a discursos comemorativos ligados a eventos da Escola, textos elaborados pelas professoras sobre assuntos de aula e conduta da enfermeira, artigos traduzidos de revistas americanas e até mesmo notas sociais e de humor. Na medida em que foi sendo organizada pela Associação, encontram-se relatos de congressos, falas proferidas em eventos, produções científicas dos profissionais, questões legais que preocupavam uma profissão emergente em nosso país. No decorrer de sua trajetória, a REBEn sofreu modificações para se ajustar ao modelo proposto para periódicos científicos no Brasil, transformando-se em uma publicação com periodicidade bimestral.

Os discursos proferidos pela Revista, desde sua criação, enfatizam a organização na assistência à saúde, nas instituições e no corpo de enfermagem.

Um discurso no qual as enfermeiras confiam, e que é dirigido principalmente para professoras e alunas, não por acaso, as que mais frequentemente assinam os textos. Na REBEn, se encontram as vozes que estão autorizadas a falar pela enfermagem. Aí está quem pode praticar o discurso válido sobre a profissão, dizer o que é verdadeiro. Aí estão os discursos possíveis, isto é, aqueles que estabelecem o que pode ser pensado, escrito e dito sobre a enfermagem. Aí aparecem determinados discursos e não aparecem outros, vistos como sem autoridade e que, portanto devem ser marginalizados e excluídos. (KRUSE, 2006, p. 408).

A criação da Revista auxiliou na difusão junto à sociedade, do que deveria ser a Enfermagem Moderna, ao replicar discursos bem pensados e escritos sobre a profissão e seu efetivo papel, através de pessoas renomadas, mesmo que excluindo toda história construída anteriormente a profissionalização, com o objetivo de mudar a imagem da profissão. Sendo assim, a profissão ganharia visibilidade e principalmente a credibilidade da população e do governo. Ainda nesse contexto, para ajudar na consolidação da profissão, foi criada a imagem própria da profissão. Os trajes anteriormente comuns, foram substituídos por uniformes discretos, brancos, longos e visivelmente impecáveis, acompanhados de touca, postura ereta e semblante sério assim como nas escolas americanas. O cuidado a partir de agora tinha como princípio a ciência. Trazendo ordem em meio ao caos que se encontrava a saúde no Brasil, limpando o passado da profissão, dando voz a nova Enfermagem, que antes era silenciada e invisível (Figura 2).

Figura 2 - Grupo de alunas após ritual de recepção de toucas



Fonte: Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Essa formação inicial da enfermagem como profissão, segundo Kruse (2006), seguiu os padrões norte-americanos, coordenado junto a médicos nacionalizados brasileiros e precisavam formar um expressivo número de profissionais, que auxiliassem na supressão das demandas emergentes de saúde do país atrelados a interesse econômico. Conta-se que nesse período, segundo o mesmo autor, dentro dos hospitais os cuidados prestados aos doentes pelas enfermeiras, eram anotados em livros que serviam para sistematizar o trabalho desempenhado e servir de referência para os alunos.

Inicialmente, as técnicas de enfermagem eram registradas nos livros dos hospitais, pois foram constituídas dentro do espírito de organizar o hospital e possibilitar que as enfermeiras controlassem tanto os pacientes como o pessoal de enfermagem, estruturando um controle rígido de tudo o que aí acontecia. As técnicas também pretendiam atingir as pessoas que chegavam ao hospital sem muito treinamento, como os alunos de enfermagem que representavam a mão-de-obra não remunerada, uma vez que era parte de seu treinamento o “aprender fazendo” (KRUSE, 2006, p. 409).

Segundo Lucena *et al.* (2010), as “técnicas de enfermagem” ou “arte de enfermagem”, foram as primeiras demonstrações sistematizadas e organizadas do saber da profissão. Seu surgimento como estrutura do saber, se deu no início do século XX, nos Estados Unidos. Os manuais de técnica apresentavam, passo a passo, conforme esclarecem os mesmos autores, como os procedimentos deveriam ser executados (técnica de curativo, rotinas administrativas, como a alta hospitalar, procedimentos de manuseio dos instrumentos hospitalar, como montagem de sala cirúrgica). Com o tempo foram se modificando, apoderando-se de saberes de outras áreas do conhecimento, para encontrar as razões dos procedimentos serem realizados. Ao provocar esta articulação, as autoras dos manuais mencionavam que a Enfermagem é, além

de arte, uma ciência. E que o acervo de técnicas de Enfermagem é que faz esta tensão entre a ciência e a arte.

Naquele momento, a preocupação com a formação e organização do trabalho eram exclusivamente tecnicista. A forma de executar as tarefas que cercavam o doente era o objeto da profissão, ou seja, a arte da enfermagem não estava voltada ao paciente, mas à doença.

As técnicas de enfermagem não eram voltadas para o paciente, tinham uma referência mais próxima ao trabalho que então se realizava no hospital, centrado naquilo que rodeava o paciente: o ambiente, a ventilação e a limpeza, entre outros. Inicialmente, uma das características do trabalho hospitalar era o trabalho funcional, onde cada elemento da equipe de enfermagem fazia um determinado procedimento, sendo cada paciente assistido por várias pessoas, cada uma executando uma função ou tarefa. (KRUSE, 2006, p. 409).

Na década de 1950, ainda de acordo com Lucena *et al.* (2010), a enfermagem deu início a construção de seus princípios científicos, um grande avanço se comparado às técnicas de enfermagem, pois representou a incorporação dos princípios da ciência à prática da profissão, sendo que esses constituem um saber que antecede as teorias de enfermagem e constam de livros como “Princípios Científicos da Enfermagem”, um clássico da época, editado em 1950, nos Estados Unidos. Em 1965, segundo Mandu e Almeida (1999), foi publicada a primeira edição brasileira, cujas autoras enfatizam, ainda no prefácio, as ciências que estariam relacionadas com a enfermagem e elucidam que o termo princípio “significa um fato científico que justifica os métodos em prática”. O texto relembra frequentemente a importância do método e da eficiência no trabalho da enfermeira, sendo que os resultados esperados só serão obtidos se a “enfermeira compreender as razões em que se baseiam os métodos que usa”.

A mesma obra, de acordo com Kruse (2006), faz menção a “uma filosofia” e incorpora uma outra terminologia, ainda não utilizada na Enfermagem, que posteriormente viria a ser difundida: as necessidades básicas. Igualmente inseriu outras expressões como “cuidar do paciente como um todo”, incluindo-se neste conceito seu trabalho, suas relações afetivas e os princípios científicos que “orientam as técnicas”. Ainda que a ênfase tenha se reduzido, ainda é citada a importância da arte na profissão. No texto, a enfermagem eficiente é vista como uma confluência entre os porquês (ciência), acrescidos das habilidades (fazer) e atitudes (comportamentos).

A partir da criação dos princípios científicos da profissão, observamos que a arte do cuidado começa a tomar novos rumos. As publicações dirigidas à categoria, despertam a necessidade de um saber mais profundo. Um saber que saísse da superficialidade de técnicas e procedimentos voltados para a cura de doenças e propiciasse a compreensão da complexidade

que permeia o ser humano em sua totalidade. Para “cuidar como um todo”, era necessário ir além, era necessário compreender a condição, o meio que o doente está inserido e suas relações, sendo que o desequilíbrio em qualquer das áreas, constitui em fatores adjuvantes na doença e na recuperação do seu estado de saúde, que só é viável, quando o profissional possui base sólida nos princípios da ciência que norteiam as técnicas de enfermagem.

Mesmo com o cenário favorável sobre o cuidado baseado na ciência, de acordo com Kruse (2006), o desenvolvimento profissional posterior, representado principalmente pelo ingresso na Universidade e pela preocupação em construir um saber próprio, fazem circular um outro discurso sobre a profissão, a saber, a Enfermagem como profissão autônoma e participante, em igualdade de condições, com os demais profissionais da saúde. Naquela época, conforme destaca o mesmo autor, nada de novo foi acrescentado ao saber da profissão, já que, no hospital, não havia espaço para desenvolver qualquer saber, pois o cuidado não era a maior preocupação e sim a disciplina daqueles que prestavam os cuidados. A disciplina tinha a função de legitimar o poder, através da hierarquia hospitalar, para que fosse possível tornar o hospital um espaço de cura.

Segundo Baptista e Barreira (2006), nos anos 60, a ABEn e as escolas de Enfermagem uniram esforços para pleitear junto ao Conselho Federal de Educação (CFE), a revisão do currículo mínimo, estabelecido após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1961, pelo Parecer 271/62, o qual apresentava grandes inconveniências como a redução do tempo de duração do curso, a extinção da disciplina de saúde pública do curso geral e a introdução de um quarto ano facultativo, com opção para Enfermagem de saúde pública ou Enfermagem obstétrica. Outra decisão importante com a criação da LDB/61, segundo os mesmos autores, foi a exigência do curso secundário completo para o ingresso em qualquer instituição de ensino superior. Este fato, apontou que nem todas as escolas poderiam contribuir para firmar a enfermagem como uma carreira universitária e muitas delas foram transformadas em escolas de auxiliares de Enfermagem.

Todas essas mudanças no campo da educação da Enfermagem, conforme explicam Baptista e Barreira (2006), ocorreram atreladas às “Reformas de Base”, do governo João Goulart, que incluiu a Reforma Universitária (RU), a qual já vinha sendo tratada desde meados dos anos 50. Contudo, foram neutralizadas pelo golpe militar em 1964. O controle da sociedade, exercido pela ditadura, incluiu muitas modificações no campo da educação de nível superior. Uma delas foi a criação da Lei 5540/68, de cunho funcionalista, de acordo com certas características das universidades americanas, que mudou a estrutura dos cursos e determinou,

como regra geral, que o ensino superior seria ministrado em universidades, aliando o ensino à pesquisa, uma antiga reivindicação de professores e estudantes.

A redução da carga horária do currículo geral, para Pinheiro (1973), provocou grande manifestação das educadoras de Enfermagem, que não tardaram seus pronunciamentos e se consubstanciaram em Recomendações dos congressos da ABEn de 1964 e 1965 e de outros encontros importantes em que o assunto foi discutido. Então à ABEn, solicitou ao Conselho Federal de Educação (CFE) a alteração do Parecer, exigindo que o curso voltasse a ter 4 anos de duração, possibilitando às escolas selecionarem as áreas a serem desenvolvidas no último ano, de acordo com as necessidades regionais ou locais, mas não obtiveram sucesso.

As manifestações se mantiveram nos anos seguintes, ainda segundo Baptista e Barreira (2006), durante congressos e eventos ligados a educação em enfermagem, que tiveram como centro dos debates as questões ligadas às implicações da RU para a formação do profissional de enfermagem, dando destaque à extensão do curso, com a justificativa por parte das educadoras, que três anos seriam insuficientes para que o aluno adquirisse a maturidade profissional necessária ao exercício da profissão.

Em março de 1969, organizado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e Organização Pan Americana de Saúde, foi realizado o “Seminário Nacional sobre Currículo dos Cursos de Graduação em Enfermagem”, que além de continuar recomendando que o curso voltasse a ser de 4 anos, fazia outras recomendações sobre o currículo em geral:

1. Que o Curso de Graduação em Enfermagem prepare enfermeiras capazes de atuar nos serviços preventivos e curativos de saúde, tanto em hospitais como em unidades sanitárias, indústrias e outros, a nível de chefia da equipe de enfermagem.
2. Que a duração do Curso de Graduação em Enfermagem seja de 4 anos letivos, incluindo um ciclo básico de 1 ano e um ciclo profissional de 3 anos.
3. Que o ciclo profissional inclua um período de internato de semestre.
4. Que o internato, de um semestre, possa ser substituído por um Curso de Obstetrícia, para as candidatas ao título de Enfermeira Obstétrica.
7. Que experimentem o currículo sugerido por este Seminário” (PINHEIRO, 1973, p. 294).

As recomendações, acompanhadas dos currículos sugeridos, eram enviadas pela ABEn ao CFE, mas os conselheiros mantinham-se resistentes aos apelos das enfermeiras. Nota-se ao decorrer da história, diversas modificações no currículo da Enfermagem, mas em nenhuma delas, envolvem a exclusão do cuidado centrado ao ambiente hospitalar. Em contra partida, desde o surgimento da profissão, a saúde pública, o campo atrelado principalmente a prevenção, no qual o enfermeiro consegue estabelecer uma relação de maior proximidade com o paciente e o meio onde vive, foram deixadas em segundo plano, ou até mesmo excluídas do currículo.

Um marco importante na proposta do novo currículo foi o surgimento da obstetrícia como especialização. Demonstrando preocupação para uma formação voltada ao cuidado com a saúde da mulher. Segundo Baptista e Barreira (2006), na década de 70, surgiram debates sobre temas como os inconvenientes das habilitações específicas do curso de graduação, entendidas como pré-especializações; a importância da iniciação do estudante na prática da pesquisa; e a articulação entre os níveis de graduação e pós-graduação.

Nesse mesmo período, conforme os mesmos autores, a Enfermagem começa a atuar no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior (Capes), ainda que com o título de consultoria. Em 1977, a ABEn editou o primeiro catálogo de teses de enfermeiros brasileiros. Dois anos depois, o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (Cepen), promoveu o Primeiro Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (Senpe), apoiado pelo CNPq. Foram realizadas então, três sessões de análise crítica de pesquisas de Enfermagem e debates sobre as prioridades e limitações da pesquisa na área.

Nesse período, a enfermagem brasileira demonstra-se envolvida com a ciência, iniciando sua participação nos encontros das mais renomadas instituições de pesquisa do país, fortalecendo sua autonomia e filosofia como profissão. Ainda na década de 70, segundo Santos (2003), ocorreram diversos movimentos políticos e sociais, surgindo a necessidade de repensar o processo saúde-doença. Dentre esses movimentos inclui-se a Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, sob a direção da Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como meta Saúde para todos no ano 2000, passando a considerar a saúde como resultante do desenvolvimento socioeconômico e político das nações e garantindo a participação popular nas grandes discussões sobre saúde.

Nos anos 80, conforme explicam Baptista e Barreira (2006), outros movimentos influenciaram na formação dos enfermeiros, dentre eles: em 1980 se insere no CNPq e na Capes, com o status de área do conhecimento; em 1982, foi discutida a posição da Enfermagem no Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do CNPq, mediante questionamentos sobre a situação dos cursos de pós-graduação, os núcleos emergentes de pesquisa, o apoio à produção científica de Enfermagem, o impacto da produção do conhecimento, as temáticas relevantes para a pesquisa e suas perspectivas, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1986, conforme esclarecem Baptista e Barreira (2006) e Santos (2003), a aprovação da Lei n.º 7.498/86 e o Decreto n.º 94.406/87, que regulamenta o exercício da profissão. Uma grande conquista para a categoria. A promulgação da Constituição da República Federativa do

Brasil, em 1988. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a promulgação da Lei nº 8080, de 1990, surgem novas propostas de saúde, buscando uma melhor organização do sistema, trazendo os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade, como princípios norteadores das políticas públicas de saúde. Exigindo profissionais com formação generalista, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde.

Para atender à nova lógica de saúde, de acordo com Esteves *et al.* (2018), um novo currículo se fez necessário, e após a realização de várias oficinas e seminários estaduais, regionais e nacionais, a ABEn, juntamente com outras entidades da classe e escolas de Enfermagem do país, depois de um longo período de processo de ação e reflexão, voltado à formulação dos currículos, foi apresentada e discutida de forma participativa uma proposta curricular que foi enviada ao MEC, sendo aprovada, por meio da Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Aprovada pelo MEC, após algumas modificações, o novo currículo prevê a formação do enfermeiro em quatro áreas: assistência, gerência, ensino e pesquisa, e tem “como pressuposto a educação como possibilidade de transformação, centrada no desenvolvimento da consciência crítica, levando o enfermeiro à reflexão sobre a prática profissional e ao compromisso com a sociedade” (ITO *et al.*, 2006, p. 571).

Observa-se um avanço no currículo, visto que os anteriores revelam a formação centrada no indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, que a partir de então, passa a estimular a reflexão da assistência prestada e o compromisso com aqueles a quem seus serviços são oferecidos, mudando o foco da atenção para o ser humano.

Segundo Santos (2003), esta nova proposta previu duração mínima de quatro anos e máxima de seis anos, totalizando uma carga horária de 3,500 horas/aula, incluindo estágio curricular supervisionado. Ela gerou algumas insatisfações entre os enfermeiros, principalmente pela ausência das disciplinas educativas, não levando em consideração assim a função educativa destes profissionais, o que direcionou as escolas a contemplá-las, mesmo que de forma parcial, no currículo pleno. Outro fato que amedrontou a categoria, segundo o mesmo autor, foi a determinação dos percentuais das áreas que compõem o novo currículo, que configuram a lógica do controle sobre conteúdos e formas, limitando a formação do perfil profissional generalista, bem como as vocações das escolas, sem pensar as características institucionais e geopolíticas nas quais se inserem.

Em 1996, de acordo com Ito *et al.* (2006), foi regulamentada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394/96, de 20 de novembro de 1996, a qual estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Ainda neste contexto histórico do ensino de

enfermagem no Brasil, é importante enfatizar que, em virtude da nova LDB, aconteceram inovações e mudanças na educação nacional, onde é prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso.

Esta nova proposta, de acordo com Santos (2003), conduziu à elaboração de um Projeto Pedagógico que contemplasse as dimensões necessárias à formação do enfermeiro, pautada em: competências e habilidades, conteúdos essenciais e indicadores de avaliação, tornando-se, após modificações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior, a Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem – DCNs.

A partir da criação das DCNs, usada até os dias atuais, percebe-se uma preocupação mais profunda sobre a qualificação dos profissionais, favorecendo uma formação menos tecnicista e fortalecendo uma atuação mais humanista. Na contramão de tudo que foi proposto até então, aproximando cada vez mais o paciente do cuidado, em todos os níveis de atenção à saúde.

2.3 Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

2.3.1 Descrição

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, em seus seis itens, tratam do perfil do formando egresso/profissional, das competências e habilidades que o profissional deve desenvolver; dos conteúdos curriculares; de estágios e atividades complementares; da organização do curso, bem como do acompanhamento e avaliação. Iniciamos com comentários sobre o perfil do formando egresso/profissional.

No perfil destaca-se que a formação deve ser generalista e humanística, e também crítica e reflexiva, sendo que o profissional deve estar qualificado para exercer sua futura profissão atentando para o rigor científico, intelectual e ético. E ainda, tal profissional deverá “conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicosociais dos seus determinantes”. Em relação à sua futura atuação, destaca-se que ela deverá ser pautada no “senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem” (BRASIL, 2001, p.1).

Para ser tal profissional compete ao curso desenvolver competências e habilidades, classificadas como gerais e específicas. São competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança e administração e gerenciamento.

Vejamos o que o documento indica para cada uma delas. A atenção à saúde, no âmbito profissional, implica que o enfermeiro seja capaz de realizar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo. E ainda, o profissional deve garantir que sua prática seja executada de forma integrada e continua com as outras instâncias do sistema de saúde, com qualidade e atendendo a princípios éticos/bioéticos, atentando para o fato de que a responsabilidade da atenção à saúde não termina com o fim do ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde, tanto individual como coletivo.

Quanto à tomada de decisões, tal capacidade implica que o profissional deve possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais adequada em cada evento da sua profissão, considerando o uso apropriado, a eficácia e o custo-efetividade tanto da força de trabalho como de medicamentos, equipamentos, de procedimentos e de práticas.

Para a comunicação, a capacidade requer que “os profissionais de saúde precisam ser acessíveis e precisam manter o sigilo das informações a eles confiadas, na interação com o público em geral e com outros profissionais de saúde (BRASIL, 2001, p. 1). Interessante destacar que para a comunicação, destaca-se que ela envolve “comunicação não verbal e verbal, habilidades de escrita e leitura; domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de informação e comunicação (BRASIL, 2001, p.1).

A liderança é uma capacidade requerida, pois recomenda-se que o trabalho seja desenvolvido com equipe multiprofissional, onde todos devem estar capacitados a assumirem posições de liderança, sempre em busca do bem-estar da comunidade, sendo que tal liderança “envolve responsabilidade, compromisso, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz” (BRASIL, 2001, p. 1). E ainda, os profissionais “devem estar capacitados a exercer o gerenciamento e administração tanto dos recursos físicos e materiais, força de trabalho e de informação, assim como devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou líderes na equipe de saúde (BRASIL, 2001, p.1-2). Por fim, quanto à educação permanente destaca-se que os profissionais devem ser potencialmente capazes de aprender continuamente, ou seja, devem aprender a aprender, tanto em relação à formação teórica quanto prática, e se comprometer com “a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços”. (BRASIL, 2001, p. 2)

As competências e habilidades específicas, que são competências técnico-científicas, ético-políticas, socioeducativas contextualizadas devem permitir:

Atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas; incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
 Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
 Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
 Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
 Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
 Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
 Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
 Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
 Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
 Considerar a relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos na saúde;
 Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
 Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde (BRASIL, 2001, p. 2).

A formação do enfermeiro deve levar em conta as demandas sociais da saúde, principalmente as que envolvem o Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Esta formação objetiva dotar o profissional de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência, conforme consta em Brasil (2001), de promoção de modos de vida saudáveis, que integrem os pacientes às necessidades das suas comunidades e possam assim atuar como agentes de transformação social; para usar as novas tecnologias da informação e da comunicação; de desenvolver práticas profissionais baseadas em pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico; de identificar as necessidades de saúde da população, seus condicionantes e determinantes, tanto no aspecto individual quanto coletivo; para intervir com responsabilidade no processo saúde-doença por meio de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, considerando a integralidade da assistência; para a prestação de cuidados de enfermagem adequados às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade; para valer-se das características profissionais de integrantes de equipe em prol de demandas de usuários e sempre guiada por princípios éticos e bioéticos; para planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem

e de saúde; bem como para planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, sempre atentando para as especificidades dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento; de desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que visem a qualificação da prática profissional; para respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão; de interferir na dinâmica de trabalho institucional, sempre reconhecendo-se como agente de tal processo; para valer-se de instrumentos que contribuam para a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde; para participação da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde e, ainda, de reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Quanto aos procedimentos, o documento destaca que as competências e habilidades elencadas constituem uma base para subsidiar a atuação do profissional em diversos campos de atuação. Trata-se de um núcleo para o enfermeiro generalista que pode poderá ter acréscimos no projeto pedagógico do curso para assim permitir que ele venha a correlacionar dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes; implementar ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados; promover, gerar e difundir conhecimentos por meio da pesquisa e outras formas de produção de conhecimentos que contribuam para sustentar e aprimorar a prática; bem como para assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

Menciona-se ainda a composição essencial dos conteúdos do curso de graduação em enfermagem a serem assimilados pelos futuros profissionais. Devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem.

Os conteúdos contemplam as seguintes áreas temáticas, como demonstramos a seguir a partir do quadro 1:

Quadro 1: Conteúdos segundo área temática

Ciências Biológicas e da Saúde	Ciências Humanas	Fundamentos de Enfermagem	Assistência de Enfermagem	Administração de Enfermagem	Ensino de Enfermagem
Teóricos e Práticos Morfologia; Fisiologia; Farmacologia; Patologia; Biologia Celular e Molecular; Nutrição; Saúde Coletiva e Saúde Ambiental/Ecologia	Antropologia; Filosofia; Sociologia; Psicologia; Comunicação e Educação	História da Enfermagem; Exercício de Enfermagem (bioética, ética profissional e legislação); Epidemiologia; Bioestatística; Informática; Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia de Pesquisa	Teóricos e Práticos Assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestado à criança; ao adolescente; ao adulto; à mulher e ao idoso	Teóricos e Práticos Administração do processo e trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatoriais e rede básica de serviços de saúde	Conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir das DCN's (2001).

Destaca-se ainda que as competências, os conteúdos curriculares e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem contribuir para a terminalidade e para a capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região, e que as competências mencionadas e descritas devem promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Na parte de estágios e atividades complementares, menciona-se que os cursos são obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado na rede básica de serviços de saúde, ambulatoriais, hospitais gerais e especializados e comunidades e que na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio supervisionado, pelo professor, deverá ser garantida efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio, de mínimo 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Atividades Complementares devem acompanhar o percurso formativo do aluno, bem como criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo aluno, por meio de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, considerando-se Monitorias e Estágios, Programas de Iniciação Científica; Programas de Extensão; Estudos Complementares; Cursos realizados em outras áreas afins.

Naquilo que se refere à organização do Curso de Graduação em Enfermagem recomenda-se a elaboração coletiva de um projeto pedagógico, que tenha como foco o aluno como sujeito da aprendizagem que tem o professor como mediador e facilitador no processo ensino-aprendizagem. A aprendizagem, como consta no documento, deve ser compreendida como meio que leve o sujeito social transformar-se e transformar o seu meio, e sempre guiado por ação-reflexão-ação, que tem como sustentação a resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas. Sobre o projeto pedagógico consta que:

deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro. Deverá induzir a implementação de programas de iniciação científica, propiciando ao aluno o desenvolvimento da sua criatividade e análise crítica. As diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Assim, diretrizes curriculares e projeto pedagógico deverão orientar o currículo do curso de graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. A organização do curso de graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular. Para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sobre orientação docente (BRASIL, 2001, p. 5).

Por fim, em relação à formação de professores, consta que ela se dará por meio de Licenciatura Plena, regulamentada em Pareceres/Resoluções específicos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. No entanto, destaca-se que a estrutura do curso deverá garantir:

a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência [...]; que as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar; a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade; os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo; a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro; o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais; a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem; a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural (BRASIL, 2001, p. 6).

Por fim, trata sobre o acompanhamento e avaliação, na qual menciona-se que deve acompanhar o percurso do aluno de modo permanente, para que assim possam ser feitos os

ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização e aperfeiçoamento. Ela deve ser somativa e formativa, baseando-se nas habilidades, competências, e conteúdos curriculares. E ainda, o Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar critérios e metodologias para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em acordo com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence.

Nota-se uma descrição ampla sobre os aspectos que deveriam contemplar um bom currículo, e que, por diversas vezes menciona a preocupação com a formação para além da técnica, dando ênfase para uma educação que favoreça um amplo conhecimento sobre a realidade onde atuarão e de práticas que favoreçam um profissional apto para atuar de acordo com as demandas do indivíduo e da comunidade. Prezando sempre por uma assistência (cuidado) de enfermagem integral e humanizado, que leve em consideração todos os aspectos que permeiam o ser humano, ou seja, o foco para além da doença. Neste sentido, seria interessante verificar se tais aspectos são contemplados pelos professores na sua prática e no seu entendimento relativo à sua prática. É isto que pretendemos analisar na seção três.

3 HUMANIZAÇÃO

Este capítulo traz reflexões sobre aspectos do ser humano, na perspectiva de Morin (2002), bem como aspectos da humanização da saúde e do cuidado humano, a partir de Giordani (2015), reflexões que fundamentarão as análises das entrevistas e dos documentos, bem como nossas reflexões sobre a formação do enfermeiro.

3.1 A humanidade da humanidade

Morin, em O Método 5: a humanidade da humanidade, tenta explicitar o que é o ser humano e, para tanto, busca saberes, não só nas ciências, mas também na literatura, poesia, artes, filosofia, sempre tentando somar, articular e interpretar esses saberes, buscando não petrificar e não endeusar o homem, mostrando-o como um ser inacabado, sob alguns aspectos, dotado de limites da razão e do espírito. Enfatiza que a história do homem é um campo amplo para ajudar a desvendar o humano, ou seja, o tempo e o espaço manifestaram as constantes e as variações humanas sociais e culturais, tanto no plano coletivo como individual. As suas ideias estão expostas em vários subitens, que seguem.

3.1.1 Sobre o humano, a cultura e a linguagem

O conhecimento do humano é complexo, segundo Morin (2012), porque ele deve reconhecer que o sujeito humano não pode ser estudado somente como algo abstrato, mas como um existente, que abarca tanto a unidade (todo ser é único) como a diversidade (há múltiplos, eles são diferentes); que a realidade humana envolve aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociais, mitológicos, econômicos, sociológicos, históricos; que o *homo* inclui *sapiens*, *faber e economicus*, mas também *demens*, *ludens* e *consumans*; porque tal conhecimento alia a dimensão científica às dimensões filosóficas e como isso tal conhecimento pode dar novos sentidos à alma, ao espírito e ao pensamento.

O autor inicia tentando responder às questões: “quem somos?”, “onde estamos?”, “de onde viemos?”, e “para onde vamos?”. O homem, visto a partir de fenômenos da natureza, para Morin (2012, p. 28), “tem a singularidade de ser cerebralmente *sapiens-demens*, ou seja, carregar, ao mesmo tempo, a racionalidade, o delírio, a *hubris* (insensatez), a destrutividade”. As criações e destruições misturam racionalidade organizadora, dispêndios de energia, fúria, o que é ao mesmo tempo terrível e extraordinário, esplêndido e atroz. Menciona que “o *cosmo*

criou-nos à sua imagem” (MORIN, 2012, p. 28), ou seja, esses acontecimentos contribuíram para nos tornar quem somos.

Mas há também o enraizamento biológico, a constituição física do ser humano, que lembra a mortalidade, o fato de ser metavivo, hipermamífero, isto é, o ser humano é marcado até a vida adulta pela simbiose com a mãe), o que contribui para o desenvolvimento da afetividade, se sentimentos que vão do amor à cólera e ao ódio; bem como o fato de ser um animal hipersexuado, que não se limita à reprodução, mas se espalha por todo ser e invade ideias, sonhos e condutas.

Morin (2012) explica que o processo de hominização permitiu a decolagem do ser humano, ou seja, de um lado, a cerebralização ou o aumento do tamanho do cérebro, ampliou a quantidade de neurônios e de suas conexões, complexificando sua organização e desenvolvendo a aptidão para aprender. De outro, ocorreu a juvenilização, que corresponde ao prolongamento da infância, o que auxilia no desenvolvimento das relações sociais. Segundo o mesmo autor, o período de plasticidade cerebral permite a aprendizagem da cultura e a preservação no adulto de traços juvenis, tanto no seu organismo quanto na curiosidade, e que a inventividade psíquica ajuda o desenvolvimento da complexidade social, o que possibilita a emergência conjunta da cultura e da linguagem.

Seguem relações do ser humano com a cultura e com a linguagem. “O *homo sapiens* só se realiza mesmo na cultura” (MORIN, 2012, p. 35). Isto implica que a evolução da humanidade acontece com o aparecimento da cultura, com as inovações e reorganizações, que envolvem a aprendizagem, as transformações das crenças e dos mitos, das técnicas, das transformações das cidades em nações. A cultura é composta por hábitos, costumes, práticas, ideias, crenças, valores, mitos, normas, saberes, interditos, estratégia, que passam de geração para geração, perpetuam-se em cada indivíduo, geram e regeneram a complexidade social. É “o que permite aprender e conhecer, mas também o que impede de aprender e de conhecer fora dos seus imperativos e das suas normas, havendo, então, antagonismo entre o espírito autônomo e sua cultura” (MORIN, 2012, p. 36).

Com a linguagem, por sua vez, é que se cruza o essencial do humano, biológico, social e cultural. É importante nesse cruzamento o desenvolvimento e a reorganização cerebral também que, segundo Morin (2012), começou com o *homo erectus* e terminou com o *homo sapiens*. O cérebro do *sapiens*, com seu conglomerado de dezenas de bilhões de neurônios, permite o desenvolvimento de estratégia, autonomia, comportamento e inteligência. “A partir daí, o espírito emerge do cérebro humano, com e pela linguagem, dentro da cultura, a afirma-se na relação: cérebro-linguagem-cultura-espírito” (MORIN, 2012, p. 38). Vale ressaltar,

conforme Morin (2012), que o espírito se refere à mente humana, às formas de inteligência do reino animal, sendo que a inteligência da mente humana se eleva ao nível da consciência e do pensamento. E via pensamento, a inteligência do ser humano problematiza e questiona, inventa, encontra soluções, é apta a criar. Nas palavras de Morin (2012, p. 39):

A inteligência, nas suas múltiplas formas, o *engegno*², o pensamento, a consciência, como veremos, a alma, são formas diversas de uma atividade polifônica do espírito. Aqui aparecem separadas, mas não aceitam a disjunção. A própria sociedade é transformada, complexificada, pelo surgimento do espírito humano, pois são as interações entre espíritos individuais que a produzem, sendo que a linguagem multiplica as comunicações, alimenta a complexidade das relações entre indivíduos e a complexidade das relações sociais.

Outro aspecto mencionado pelo autor é o erotismo, vindo de *eros*, visto como filho do espírito e do sexo, fonte da complexidade humana, que leva aos encontros improváveis entre raças, classes, senhores e escravos. A abertura do espírito humano mostra-se pelo questionamento, pela curiosidade, pela exploração, investigação, pela paixão de conhecer, e expressa-se pela emoção, pela estética, sensibilidade, encantamento diante do nascer e do pôr do sol, das avalanches, da lua, das nuvens, montanhas, abismos, da beleza natural dos animais, do cantar dos pássaros; e essas emoções vivas incentivarão a pintar, cantar e desenhar.

Mas, faz-se necessário citar ainda as nuances do mito e do imaginário com o espírito. “O mito nasce de alguma coisa mais profunda no espírito humano. É inflamado pelo mistério da existência e pelo abismo da morte” (MORIN, 2012, p. 43). Por fim, enfatiza o autor, que todas as coisas do espírito – saberes, crenças, mitos, lendas, ideias – bem como o lugar onde os seres nascidos do espírito como gênios, deuses, ideias-força se mantêm vivos, a partir da crença e da fé, constituem a noosfera. Nas palavras de Morin (2012, p. 44):

A noosfera, meio condutor e mensageiro do espírito humano, põe-nos e comunicação com o mundo, ao mesmo tempo que serve de tela entre nós e o mundo. Abre a cultura humana ao mundo enquanto o encerra na sua nebulosa. Extremamente diversa de uma sociedade para outra, encadeia todas as sociedades.

Enquanto a noosfera envolve os seres humanos e faz parte dele, como um fervilhar de potências espirituais, há também aspectos que desestabilizam o ser humano, como a morte, uma espécie de ruptura entre o mundo biológico e o espírito humano. No entanto, como esclarece Morin (2012, p. 47-48), a morte, de certo modo, também trabalha o espírito humano, pois “a certeza da morte, ligada à incerteza da sua hora, é uma fonte de angústia para a vida. O encontro entre a consciência de si e a consciência do tempo determina a consciência do viver no tempo e de dever enfrentar a morte”.

² No contexto da obra de Morin mencionada, o termo *ingegno* designa aptidão combinatória, inventiva.

A morte é um campo vasto e na mesma proporção desconhecido, que o mais comum é ignorá-lo, inclusive nos cursos da Saúde, onde o tema deveria ser frequentemente discutido, para assim preparar os futuros profissionais para lidar com essa situação tão rotineira em sua profissão, além de favorecer o acolhimento de familiares e usuários no enfrentamento do processo.

Segundo Morin (2012), o comportamento humano em relação à morte supõe, ao mesmo tempo, a consciência racional, um trauma mental, proveniente dessa consciência, e o aparecimento de mitos de uma vida além da morte para aliviar o trauma: a morte provoca uma aversão que ela se nega, esquiva-se e supera-se nos mitos no qual o indivíduo sobrevive como espectro ou duplo ou nasce novamente como animal ou humano. A morte humana comporta uma consciência da morte como um buraco negro onde se extermina o indivíduo.

A morte como ideia de aniquilamento de si mesmo introduz a contradição e a desolação e o horror ao coração do sujeito, ser egocêntrico que é tudo para ele mesmo, mas que se sabe, ao mesmo tempo, um ser para a morte, ou seja, fadado ao nada; essa contradição entre o tudo e o nada se torna a fonte mais profunda da angústia humana (MORIN, 2012, p. 47).

Os seres humanos, para Morin (2012), carregam a cultura na sua universalidade humana e nas suas particularidades singulares, que assim eles estão presos ao universo e à vida, mas que se desenvolvem para além disso. É nesse além que acontece o desenvolvimento da humanidade e da desumanidade da humanidade. Postos aspectos da emergência do humano, passamos a tratar da trindade humana e, em seguida, do uno múltiplo.

3.1.2 A trindade humana e a multiplicidade na unidade

Morin (2012) ressalta que a humanidade envolve a justaposição de três trindades: indivíduo/sociedade/espírito; cérebro/cultura/mente e razão/afetividade/pulsão, trindades essas que derivam da trindade indivíduo/espécie/sociedade. “Não só os indivíduos estão na espécie, mas também a espécie está nos indivíduos; não só os indivíduos estão na sociedade, mas a sociedade também está nos indivíduos, inculcando-lhes, desde o nascimento deles, a sua cultura” (MORIN, 2012, p. 51-52). Esclarece ainda que a relação entre esses três termos é dialógica, que são termos não só antagônicos como também complementares, que são meios e fins uns dos outros, sendo que os indivíduos não aspiram somente viver para a espécie e para a sociedade, mas sim viver plenamente as suas visões, com felicidade, amor, bem-estar, ação, contemplação, conhecimentos, aventura...

Existe, como explica Morin (2012), em todo comportamento humano, em toda atividade mental, em toda parcela de práxis, um componente genético, cerebral, mental, subjetivo,

cultural e social. O cérebro pelo qual pensamos, a boca pela qual falamos, a mão que escrevemos, são completamente biológicos e, ao mesmo tempo, culturais.

Em relação à identidade humana, pode-se ressaltar a importância da unidade cerebral.

Sejam quais forem as variações de volume de indivíduo para indivíduo, sejam quais forem as diferenciações raciais e étnicas, o cérebro humano dispõe de uma organização fundamentalmente comum. Qualquer cérebro humano dispõe das mesmas competências fundamentais, que permitem uma diversidade de performances e de aplicações (MORIN, 2012, p. 59).

Cada ser humano possui cerebralmente todas as potencialidades inteligentes, porém, predisposições hereditárias, culturais, familiares, históricas, incidentes ou acontecimentos pessoais restringem-nas, inibem o exercício ou, ao contrário, aguçam-nas.

Alguns seres humanos serão sensíveis às relações de amizade; outros, às paixões amorosas; outros serão, sobretudo, devorados pelo ódio e pela inveja. Pode-se imaginar que não há nenhum traço comum entre esses seres; pode-se imaginar que entre o que demonstra sadismo na tortura e o que se entrega a uma missão humanitária [...], não há medida comum; mas é esquecer que cada ser humano carrega, em potencial, o pior e o melhor do humano, que a desumanidade faz parte da humanidade (MORIN, 2012, p. 63).

A cultura constitui, ainda conforme o mesmo autor, a herança social do ser humano, que nutrem as identidades sociais e individuais no que elas possuem de mais específico. Por essa razão, podem mostrar-se incompreensíveis ao olhar das demais culturas, incompreensíveis umas para as outras.

O significado primeiro do sujeito deve ser *bio-lógica*. “Trata-se de uma lógica de autoafirmação do indivíduo vivo, pela ocupação do centro do seu mundo, o que corresponde literalmente à noção de egocentrismo. Ser sujeito implica situar-se no centro do mundo para conhecer e agir” (MORIN, 2012, p. 75). Mas, a diferenciação determinante entre os sujeitos, não está, antes de tudo na singularidade genética, psicológica, anatômica, afetiva, mas na ocupação do espaço egocêntrico por um EU que integra, unifica, absorve e centraliza mental, cerebral e afetivamente as experiências de uma vida. A identidade física do sujeito não é estável, mas a identidade do EU permanece. No transcorrer do tempo, na transformação da criança em adolescente, deste em adulto e depois em idoso, ou seja, a qualidade do sujeito transcende as mudanças do ser individual. O autor menciona ainda que o homem é egocêntrico, mas o egocentrismo não leva somente ao egoísmo. A situação do indivíduo comporta, simultaneamente o princípio de exclusão e inclusão, que permite nos integrarmos numa comunidade, um Nós (família, igreja, partido, casal) e incluir esse Nós no centro do mundo.

Enfim por apego intersubjetivo, o sujeito pode, por amor, dedicar-se a outro, como numa relação mãe/filho ou de apaixonados. Portanto, o egocentrismo do sujeito

favorece não somente o egoísmo, mas também o altruísmo, pois somos capazes de dedicar o nosso EU a um Nós e a um TU (MORIN, 2012, p. 76).

O outro, por sua vez, conforme Morin (2012), quer dizer, ao mesmo tempo, o semelhante e o dessemelhante, semelhante pelos traços humanos ou culturais partilhados, dessemelhante pela singularidade individual ou pelas diversidades étnicas. O outro carrega, efetivamente, a similitude e a estranheza. A qualidade de sujeito permite-nos percebê-lo na semelhança e dessemelhança. O fechamento egocêntrico torna o outro estranho para nós; a abertura altruísta o torna agradável. O indivíduo é por natureza aberto e fechado. O mesmo autor esclarece ainda que vivemos sempre numa relação ambivalente, diante de um desconhecido, pois hesitamos entre medo e simpatia, não sabendo se ele se mostrará amigo ou inimigo. Para apaziguar a relação e ir na direção da amizade, trocamos gestos de gentileza. Mas estamos prontos, em caso de rispidez, a atacar, fugir, defendermo-nos.

A relação com o outro inscreve-se virtualmente na relação consigo mesmo; o tema arcaico duplo, tão profundamente enraizado em nossa psique, mostra que cada um carrega um *alterego* (eu mesmo-outro), ao mesmo tempo diferente e idêntico ao eu. (Surpreendido diante de um espelho, sentimo-nos estranhos a nós mesmos embora nos reconhecendo). Por carregarmos essa dualidade, na qual “eu é um outro”, podemos, na simpatia, na amizade, no amor, introduzir e integrar o outro em nosso EU (MORIN, 2012, p. 78).

Para Morin (2012), a qualidade de sujeito garante a autonomia do indivíduo. Porém, este pode ser submetido. Ser sujeitado não significa ser dominado de fora, como um escravo ou prisioneiro; quer dizer que uma potência subjetiva mais forte (um amor, um Deus, um Mito, uma Ideia) institui-se no centro do programa egocêntrico e, literalmente sujeita o indivíduo, que acaba possuído dentro de si.

O sujeito tem a propensão de objetivar-se, ou seja, a reconhecer-se, de se considerar como sujeito e como objeto, no entanto, ele tem também a propensão de objetivar o outro, de se tornar “inumano”, pois deixa de ver a humanidade do outro, podendo até odiá-lo ou amá-lo cegamente.

Para conhecer o outro, certo, deve-se percebê-lo objetivamente, estudá-lo, se possível, objetivamente, mas também se deve compreendê-lo subjetivamente. O desenvolvimento de um conhecimento objetivo do mundo deve avançar junto com um conhecimento subjetivo do outro (MORIN, 2012, p. 80).

Neste sentido, retomando a morte, pode-se destacar, ainda na perspectiva do mesmo autor, que a consciência humana da morte, envolve não apenas a decomposição de um corpo, mas o aniquilamento de um sujeito. A objetivação extrema da morte – aniquilamento e decomposição – anda junto da subjetivação extrema, pois é o indivíduo aniquilado. A morte do

ente amado quebra em quem ama o Nós mais íntimo e abre uma irreparável ferida no coração da sua subjetividade – “é a fonte mais profunda da mitologia humana e suscita os rituais, funerais, cultos, túmulos, orações, filosofias que a exorcizam” (MORIN, 2012, p.81).

Em cada enunciado do Eu, existe o cérebro biológico e a cultura social. “Quando o sujeito pode abrir o seu Nós para o outro, os semelhantes, a vida, o mundo, torna-se rico em humanidade” (MORIN, 2012, p. 81). O autor esclarece que cada indivíduo é singular e irreduzível, mas sem deixar de ser duplo, plural e diverso. A nossa sociedade favorece o aparecimento de sentimentos e de sensibilidades tidos como femininos no homem, bem como favorece na mulher a expressão de qualidades organizadoras profissionais consideradas masculinas, dando ao pai afazeres até agora maternos e ao marido afazeres domésticos até então tidas por femininas, oferecendo as mulheres carreiras até então masculinas. O unissexo não significa a anulação da diferença dos sexos, mas o reconhecimento da parte comum entre eles. Assim, “homem e mulher contém a presença mais ou menos marcada, mais ou menos forte, do outro sexo. Cada um é de certa maneira hermafrodita. Carrega essa dualidade na sua unidade” (MORIN, 2012, p. 84). E ainda, a nossa identidade pessoal é definida, antes de tudo, em referência aos nossos antepassados e aos pais. De certa forma, nossos pais e nossos ascendentes estão em nós; suas marcas, estreitamente associadas em nossos genomas, renascem sem parar a presença deles em nós. Transportamos, de maneira indistinta, confusa, essa multiplicidade de seres que sobrevivem além da morte.

Segundo Morin (2012), as transformações na hierarquia do complexo cerebral triúnico realizam-se conforme as situações vividas e tais transformações não nos fazem somente mudar de estado mental, mas mudar de personalidade. Além do mais, a descontinuidade, operante em cada um pela alternância dos princípios de inclusão e exclusão, provoca mudanças psicológicas que são também mudanças de personalidade. Assim, o altruísmo faz surgir uma personalidade aberta, corajosa, boa; o egoísmo determina uma personalidade insensível e fechada; as transformações psíquicas correspondem transformações temporária de personalidade. Há ainda transformações duráveis de personalidade, como no libertino que, iluminado pela fé, muda completamente de vida, ou no religioso austero que, tendo perdido a fé, torna-se libertino. Podem ocorrer reviravoltas de personalidade, com a substituição de uma por outra até o momento ignorada ou recalçada. “Enfrentamos a descontinuidade da identidade, passando de um ser generoso a um assassino potencial, de um ser desprezível a um ser adorável” (MORIN, 2012, p. 90).

À pluralidade de personalidades, como explica Morin (2012), convém acrescentar ainda a multiplicidade de papéis sociais; que, por vezes se entrelaçam, se entrecruzam. Há funções

sociais distintas em casa, no trabalho, no amor, na família, com nossos líderes, com nossos subordinados, com nossos amigos. A mimese é um dos acontecimentos mais importantes da vida animal, como os insetos que imitam folhas e os camaleões que se transformam conforme o meio bem como para os seres humanos também, quando um menino que brinca de guerra, a menina que brinca de boneca, ou seja, de mãe. Cada um se forma por meio de mil imitações. Alguns preservam ou desenvolvem um dom mimético.

O mistério reside no poder da mimese, na aptidão a imitar personagens reais ou de ficção, não só imitando-lhes o comportamento, mas entrando neles e deixando-se possuir por eles...a aptidão a imitar personagens manifesta-se tanto no teatro da vida quanto na vida do teatro (MORIN, 2012, p. 91).

Para o autor, os que são dotados de uma intensa aptidão mimética, podem submergir na personalidade do outro e ser inundados por ela. Podem não simplesmente imitar uma voz e expressões do rosto, mas também expressar os sentimentos e os pensamentos do imitado, que passa, então realmente a possuí-lo e a ocupá-lo.

Morin (2012) ainda trata de outras especificidades do espírito, da alma e da consciência. O espírito (ou a mente) surge e se desenvolve na relação entre atividade cerebral e cultura, tornando-se o organizador do conhecimento e das ações humanas. Para tanto é generalista e polivalente, bem como tem potencial para resolver e estabelecer problemas, alguns até insolúveis. A racionalidade refere-se ao potencial do espírito de verificar, controlar, ser coerente, adequar-se, o que garante a objetividade do mundo exterior e a possibilidade de operar a diferenciação e a distância entre nós e o mundo. Como o erro e a ilusão acompanham a atividade mental humana “a racionalidade está obrigada a operar continuamente para lutar contra eles; mas, também sem trégua, a brecha aberta entre nosso espírito e o real é recoberto por novos erros ou ilusões” (MORIN, 2012, p. 97).

Ao tratar sobre o pensamento uno e plural, o mesmo autor menciona que o pensamento complexo comporta e desenvolve diversos modos ou tipos de inteligência, mas o ultrapassa pela importância de seu componente reflexivo e pela sua disposição organizadora e criadora. Para ele, a inteligência soluciona problemas. O pensamento também soluciona problemas, mas põe outros maiores, gerais, sem solução, entre os quais os metafísicos; coloca o problema de sua própria validade, de seus limites. Quanto mais se desenvolve, mais soluciona problemas; quanto mais problematiza, mais se problematiza. Explica ainda que o pensamento que nasce nas sociedades pode ser aplicado a problemas práticos e cognitivos, que há um pensamento vivo nas ciências, nas religiões, nas técnicas, nas artes, no dia a dia, e mesmo entre analfabetos. Ele é uma atividade original e pessoal entre os que percebem por si, concebem por si, refletem por si, que, por vezes, pode ser inibido, limitado diante de verdades estabelecidas, de

normalizações. “Há um pensamento original que pode desenvolver-se dentro da norma imposta, mas o pensamento mais original é aquele que, no seu próprio movimento, transgride a norma” (MORIN, 2012, p. 102).

A atividade pensante envolve invenção e criação. Morin (2012) menciona que não podemos negar que as evoluções do ser vivo, animal ou vegetal, foram criadoras. Para ele, apesar da palavra ter sido expulsa do cientificismo, não se pode excluir a criatividade da história humana. Ela é técnica, pois se realiza nas invenções, como foram a roda, a máquina a vapor entre outras; é estética, pois se realiza na música, na pintura, na poesia, nas artes em geral; é intelectual, pois se realiza nas ideias, teorias, conceitos; social por se manifestar na criação das leis, nas instituições. “Entre os grandes mistérios do espírito está, de fato, o da criatividade” (MORIN, 2012, p. 107).

Sobre a alma humana, Morin (2012) menciona que ela surge a partir das bases psíquicas da sensibilidade, da afetividade, sendo que é intimamente complementar ao espírito (*animus*), ela é *anima*. Não tem fronteiras, não tem fundo, não é uma entidade estável, e flutua como a consciência. Só desponta realmente para além do combate pela sobrevivência, e além do trabalho árduo e se manifesta por meio da emoção, pelo olhar, pela expressão da face, sobretudo em sorrisos e lágrimas. A alma é intuitiva, pressente e ressentida, é sensibilidade, com frequência, dor. É além disso o que exalta para além da alegria, reluz de felicidade e chega a conhecer o êxtase.

Já a consciência, conforme Morin (2012), a consciência só pode ser subjetiva, porém a duplicação operada por ela permite ao sujeito considerar objetivamente seus próprios atos, pensamentos, sua pessoa; a consciência manifesta a forte necessidade humana de objetividade. Ela é capaz de interferir no próprio curso do conhecimento, da ação, do pensamento. Ela constrói momentos reflexivos do conhecimento, da ação, do pensamento. A consciência permite não apenas a reflexão do espírito sobre todas as coisas e a vigilância crítica, mas também a mediação.

A fragilidade da consciência, porém, a torna sujeita a todos os erros possíveis do conhecimento humano, os quais podem até mesmos ser agravados, pois a consciência crê achar nela mesma a prova da verdade e convence-se de boa fé...o inimigo da consciência não está apenas na sujeição do espírito por uma cultura, mas também no interior do espírito (recalcamento, memória seletiva, mentiras para si mesmo). (MORIN, 2012, p. 112).

Vejamos como essas especificidades transitaram e preponderaram no ser humano. Segundo Morin (2012), o ser humano tem o selo de *homo sapiens* e de *homo faber*. Ele é um animal beneficiado de razão e que aplica fabricando instrumentos, desenvolvendo a técnica.

O século XVIII europeu criou a ideia de *homo economicus*, que completa a definição racional, adicionando-lhe a utilidade e o interesse. Sendo assim *homo faber* e *homo economicus* consagram a marca *homo sapiens*. Para o autor, *homo* é, realmente *sapiens*, *faber economicus*. A racionalidade é uma disposição mental que produz um conhecimento objetivo do mundo exterior, cria estratégias eficazes, faz análises críticas. Ele se opõe ao princípio do desejo. O progresso da ciência, da economia e da técnica confirmam a eficácia da racionalidade humana. No entanto, essa qualidade não é soberana e nem única. No entanto, a classificação *homo sapiens* se mantém, de qualquer forma, insuficiente, pois ignora a loucura e delírio, o torna privado de vida afetiva, de imaginário, do estético, do lúdico, religioso e mitológico. Assim, faz-se imprescindível complementar, corrigir, dialetizar a noção de *homo sapiens como uma parcela do homo demens*. “Seria irracional, louco e delirante ocultar o componente irracional, louco e delirante do humano” (MORIN, 2012, p. 117).

A agressividade mostra-se na história da humanidade. Um delírio de devastações, delinquências, suplícios sempre acompanha as vitórias. A loucura assassina explode nos confrontos entre religiões, ideologias e nações. Por toda parte onde o *homo* continua e pretende-se *sapiens*, onde reinam o *homo faber* e o *homo economicus*, a barbárie está sempre pronta para reaparecer. “A loucura humana aparece quando o imaginário é considerado como real, quando o subjetivo é considerado como objetivo, quando a racionalização é considerada como racionalidade e quando tudo isso está ligado” (MORIN, 2012, p. 118).

Como ressalta o mesmo autor, enquanto no reino animal mata-se para comer ou defender-se, a violência assassina manifesta-se, entre os homens, fora da necessidade: a desumanidade ou a estupidez são traços exclusivamente humanos.

Sobre a afetividade, que não se desvincula da racionalidade, o autor explica que a capacidade de raciocinar pode ser diminuída, até mesmo destruída, por carência de emoção, e que o enfraquecimento da capacidade de reagir emotivamente pode ser fonte de comportamentos irracionais. Emergência maior de afetividade, o amor é uma demanda vital do recém-nascido, que sofre se não for embalado, tocado. O amor materno é um fator de desenvolvimento físico e psíquico. A ausência da mãe estará sempre presente na alma do órfão. O amor sexual (inclusive homossexual), impulsiona as profundezas biológicas do ser – animalidade da animalidade – e suas profundezas psíquicas – humanidade da humanidade. A força do amor tende a se tornar consumição, nutrindo todas as fontes imaginárias, causando adoração e exaltação, criando em qualquer civilização uma mitologia magnífica, levando à realização poética suprema do entusiasmo.

Para Morin (2012), a afetividade interfere no desenvolvimento de inteligências e deixa a comunicação cordial nas relações interpessoais; a simpatia e a projeção/identificação com outrem permitem a compreensão. Ela invade todas as manifestações do *sapiens-demens*. Mas, a vida humana “necessita de verificação empírica, da correção lógica, do exercício racional de argumentação. Mas precisa ser nutrida de sensibilidade e do imaginário (MORIN, 2012, p. 122).

Segundo Morin (2012), o imaginário e a fantasia entre os humanos dependem do mundo psíquico, relativamente independente, onde fermentam necessidades, desejos, ideias, sonhos, imagens, fantasias. O imaginário abre passagem aos delírios do *homo demens*, porém também à fantástica criatividade e inventividade da mente humana. A vida é feita de sonhos, da mesma forma os sonhos são feitos de vida. A dose e a composição variam. Do mesmo modo que precisa de afetividade, a realidade necessita do imaginário para ganhar consistência, ou seja, “nosso mundo real, é nesse sentido, semi-imaginário (MORIN, 2012, p. 132).

O poético para Morin (2012) também é um estado de afetividade. A linguagem comporta a possibilidade de exprimir dois estados da existência humana: o prosaico e o poético. O prosaico está ligado à atividade racional-lógica-técnica, que se manifesta em situação utilitária e funcional, ao ‘ganhar a vida’ no trabalho submetido, monótono, fragmentado, na falta e no recalçamento da afetividade. O poético pode ser atingido na relação com o outro, com a comunidade, na relação imaginária ou estética, o que provoca satisfações espirituais e carnavais e pode ser alcançado por vários caminhos, como cantos, festas, danças, poesias, bebidas, jogos, obras de arte, leitura, música e outros.

Enfim, a vida real da poesia é o amor. Um amor nascente inunda o mundo de poesia; um amor que dura irriga de poesia a vida cotidiana; o fim de um amor nos devolve a prosa. O amor, unidade incandescente da sabedoria e da loucura, faz-nos suportar o destino, faz-nos amar a vida. O amor é a grande poesia do mundo prosaico moderno e alimenta-se de uma imensa poesia imaginária (romances, filme, revistas) (MORIN, 2012, p. 137).

A civilização ocidental moderna, segundo Morin (2012), estabeleceu a alternância vida cotidiana/festa com a alternância trabalho/lazer. O lazer refere-se a iniciativas individuais, à busca pelo prazer. No entanto, o trabalho pode conter poesia ou até mesmo virar poesia quando se trata de uma atividade rica em iniciativa, criatividade, participação afetiva. “O estado poético não pode ser considerado como um epifenômeno, uma superestrutura, um divertimento da verdadeira vida humana. É, ao contrário o estado pelo qual nos sentimos “na verdadeira vida” (MORIN, 2012, p.139).

Morin (2012) enfatiza que a realidade é cruel com o ser humano, que foi abandonado na Terra, sem saber do seu futuro, sujeito à morte, e sem possibilidades de escapar de perdas

fatais, dos riscos de fortuna, penas, servidões, da maldade humana. E ainda, ela é mais cruel quando está plenamente consciente e sensível. Isto faz com que o ser humano mobilize o mito para encontrar o reconforto sobrenatural; o imaginário para proteger a alma; a poesia e a estética para viver totalmente a realidade, mesmo superando o horror. A estética, conforme Morin (2012), nos faz melhores, mais sensíveis, compreensivos. Despertamos para o sentimento de pena pelo afligido, tão ausente da vida cotidiana, até mesmo por infortúnios reais tão próximos de nós. E ainda, tudo o que é estético ou estetizado nos dá prazer, felicidade, satisfação, ao mesmo tempo que tristeza, lágrimas e sofrimentos. A estética excita nossa consciência, instiga as potências inconscientes de empatia que habita em nós, torna-nos, de modo provisório, compreensivos, melhores, em sintonia com aquilo que nossa desumanidade despreza e ignora.

No cotidiano coexistem, sucedem-se, misturam-se superstições, crenças, tecnicismo, racionalidade, ilusão e magia. Em todas as sociedades, os ritos, as orações, cerimônias, crenças sobrenaturais, superstições, colaboram com os empreendimentos econômicos, técnicos e práticos, bem como a vidência, a magia, a adivinhação, a astrologia, o cristianismo, funcionam como antídotos ao incerto. Ambos trazem respostas às indagações angustiadas que se elevam de toda parte e segurança aos corações aflitos. “Tudo isso trouxe e traz confiança, esperança e, às vezes, segurança, alegria e felicidade, que conseguem mascarar e até mesmo, transitoriamente, eliminar a crueldade do real” (MORIN, 2012, p. 151). Sendo assim, a condição humana pode ser compreendida no tecido construído com *sapiens* e *demens*, que implica em assumir os jogos racionalidade/afetividade e prosa/poesia.

Concluindo sobre a finalidade do indivíduo, segundo o autor, tudo o que dá poesia à vida, com o amor em primeiro lugar, é fim e meio de si mesmo. Daí em diante, sobreviver para viver toma um sentido quando viver significa viver poeticamente, que significa, viver com intensidade a vida, viver de amor, de comunhão, conhecimento, viver de comunidade, de jogo, de estética, de afetividade e de racionalidade, viver reconhecendo plenamente o destino de *homo sapiens-demens*, viver incluindo-se na finalidade trinitária (indivíduo-sociedade-espécie).

A seguir, para entendermos o contexto em que o *homo sapiens-demens* vai se realizando, passamos a anunciar as grandes identidades preconizadas por Morin (2012).

3.1.3 A sociedade

Morin (2012) enfatiza que uma sociedade humana se auto organiza e autorregenera a começar pelas trocas e comunicações entre os espíritos individuais. Essa sociedade, unidade

complexa, beneficiada de qualidades emergentes, retroage sobre as suas partes individuais fornecendo-lhe a cultura. A cultura é o patrimônio organizador, ela dá norma e forma. A partir do nascimento, o indivíduo começa a absorver a herança cultural que garante sua formação, sua orientação, seu desenvolvimento de ser social. Combina essa herança com o patrimônio biológico herdado. Toda cultura, pela influência precoce, pelas interdições, pelo sistema de educação, pelos imperativos, pelo tipo de alimentação, pelos modelos de comportamento, inibe, estimula, favorece, recalca, determina a expressão das aptidões individuais, atua sobre o funcionamento cerebral e sobre a formação da mente, interferindo para coorganizar, civilizar e controlar a personalidade. Desta forma, a cultura submete o indivíduo e, simultaneamente, o autonomiza. “O ser individual só pode realizar-se como indivíduo numa cultura, mas, dentro de uma cultura, permanece inacabado, pois não pode realizar todas as possibilidades dos seus desejos” (MORIN, 2012, p. 170).

Morin (2012), em seguida, destaca que o Estado é o aparelho central de comando e controle da sociedade, com o seu poder de decisão, conhecimento, dominação, repressão. Para tanto, guarda (arquivos), computa, calcula, rege, decide, ordena, com administração que centraliza a informação e o saber, que dita as normas escritas, os arquivos, as instruções, estabelece previsões e propõem programas.

Há o estado civilizador que se beneficia rapidamente de escrita, que desenvolve ciências e conhecimentos em diversos campos, das técnicas e das artes. No entanto, só elites, reais ou religiosas, beneficiam-se da complexificação da sociedade, ou seja, usufruem de prazeres, de liberdade, das artes, livros, as obras do pensamento. Todos os ganhos de civilização foram pagos, arduamente, pela servidão da massa.

E ainda, as grandes sociedades históricas, ou sociedades de alta complexidade, instituíram um modelo organizador, com um centro de controle/comando, uma hierarquia de funções, responsabilidades e mordomias; uma hierárquica de níveis de instituição (nação, Estado, distritos, municípios) e uma divisão do trabalho e uma especialização cada vez maior, segundo o desenvolvimento técnico e depois científico. Na contramão, as sociedades de baixa complexidade (que tendem a impor ao máximo, em todos os campos, a autoridade do centro estatal), a hierarquia consente a dominação e a exploração do baixo pelo alto, de quem faz por quem estabelece, do realizador pelo competente, do informado pelo informante, do desinformado pelo informado.

No entanto, uma sociedade humana, segundo Morin (2012, p. 192), “não pode ser totalmente submetida a uma ordem mecânica programada”. E ainda, ressalta que a sociedade humana age, mesmo sob a soberania absoluta de um Estado totalitário, uma parte de desordem,

ligada à parte organizadora espontânea que nasce e renasce, ininterruptamente, a partir das interações entre indivíduos e grupos, em suas atividades, deslocamentos e relações afetivas e econômicas da vida cotidiana. Para o autor, o conflito é característica própria de uma sociedade complexa e, como mencionado, a democracia nutre-se de conflitos. Todavia também é sempre necessário, na sociedade complexa, solidariedade, comunidade, amor.

Neste sentido, a democracia moderna, no estado moderno, está em crise justamente porque o Estado-nação moderno criou uma enorme burocracia que limita o exercício político do cidadão. E ainda, como esclarece o mesmo autor, o crescimento da complexidade política, econômico e social nutre o aumento da individualidade, se afirma nos seus direitos (de cidadão e do homem) e reivindica ou adquire liberdades existenciais (escolha emancipada do cônjuge, da moradia, do lazer, etc.). O êxito do individualismo causa a desinibição, que libera energias e inteligências até o momento reprimidas ou controladas, liberando também sexualidade, amores, amizades e agressividade. “Hoje o individualismo acompanha-se de perdas de solidariedade e de solidão, acarretando tantos problemas quanto soluções” (MORIN, 2012, p. 96).

Mas, que tipo de ser seria a sociedade? Segundo Morin (2012) há três tipos de seres vivos: os unicelulares, os policelulares e a sociedade, que seria um ser de um terceiro tipo, um ser descomunal que se torna autônomo a partir das intercomunicações mentais/cerebrais entre os sujeitos, mas sem a consciência dos sujeitos e, ao mesmo tempo, a partir do controle do Estado. Contrariamente ao ser humano, a sociedade não está sujeita a uma espécie e não morre naturalmente; só morre quando, vencida por um adversário impiedoso e poderoso, é degolada pelo aniquilamento do seu Estado, completamente subjugada e que a sua população é deportada ou integrada na sociedade do Estado vencedor.

E ainda, a sociedade usa o pensamento e a consciência dos seres humanos que a governam, porém não dispõem da autorreflexão, que é particular da consciência individual. Não tem, portanto, consciência própria. Melhor dizendo, por maiores que sejam os seus poderes de sujeição dos indivíduos, o Estado não pode se tornar nem sujeito nem espírito verdadeiros. Nas palavras de Morin (2012, p. 201):

Resta que o ser humano é o centro da consciência na e pela sociedade. O indivíduo, pelo espírito, pode abraçar a própria sociedade, pode tentar abraçar o mundo pela compreensão...A alma e a sensibilidade da sociedade estão nos indivíduos. O espírito/mente/cérebro individual é mais complexo do que a sociedade, mais complexo que a Terra, mais complexo que a galáxia.

Indo para aspectos históricos, Morin (2012) enfatiza que a história é de fato um degelo que libertou caoticamente as potencialidades técnicas, racionais, econômicas, imaginárias,

estéticas, criadoras, lúdicas, poéticas do *homo sapiens-demens*, bem como abriu janelas para a potencialidade da demência e da desmedida, que acompanham as conquistas, destruições e massacres.

De modo resumido, para o autor, a história não constitui uma evolução constante, mas sim é um misto de ordem, desordem e organização, ou seja, ela obedece o determinismo e o acaso, experimenta turbulências, bifurcações, derivas, fases de imobilidade, estases, êxtase, reações e retroações que envolvem períodos de latência/ virulência, como ocorreu com o cristianismo e do islamismo. Constitui-se, portanto, na superposição de futuros em conflito, com riscos, incertezas, comportando evoluções, involuções, progressões e regressões.

Nesse turbilhão veio o progresso, ideias universalistas do humanismo, a sociedade-mundo que implicam conjecturas sobre o futuro da identidade humana. Desses aspectos tratamos a seguir.

3.1.4 Progresso, ideias universalistas do humanismo, a sociedade-mundo e o futuro da identidade humana

Os progressos técnico e econômico, conforme Morin (2012), não asseguram os progressos ético e intelectual, ou ainda, podem estar vinculados a um subdesenvolvimento moral e psíquico. Assim, de um lado, vivenciamos uma crise definitiva do progresso linear. De outro, a presente complexificação da sociedade é perigosa, uma vez que com ela vêm a pluralidade, a liberdade, a tolerância. Isto porque a tolerância favorece antagonismos e desordens e, para além de um certo limite, eles fazem regredir ou desaparecer a complexidade. “O único antídoto à extrema fragilidade da alta complexidade é o sentimento experimentado de solidariedade, ou seja, de comunidade entre os membros de uma sociedade” (MORIN, 2012, p. 220). E ainda, a lógica da complexificação carrega a possibilidade da morte. Sendo assim, os progressos técnico e científico são capazes de exterminar a complexidade junto com a própria humanidade.

Os movimentos de mundialização, mencionados por Morin (2012), no Ocidente, também trouxeram as ideias universalistas do humanismo europeu que indagaram progressivamente os alicerces religiosos e culturais da sua própria dominação. Elas se atualizaram na declaração dos direitos do homem, do direito dos povos à soberania, nas ideias de liberdade, fraternidade, igualdade, no valor universal da democracia. Todos esses princípios reunidos reconhecem os direitos idênticos e iguais de todos os seres humanos.

Para Morin (2012), esse reconhecimento esteve, inicialmente, limitado ao Ocidente masculino, no qual a mulher era subordinada ao homem, e os colonizados e dominados, prisioneiros atrasados e adeptos de superstições. No entanto, no decorrer do século XIX, as ideias emancipadoras se ampliaram. A abolição da escravidão foi uma primeira consequência disso. As internacionais socialistas situaram de modo evidente a perspectiva de uma segunda mundialização, permitindo a emancipação dos colonizados, dominados e explorados. As ideias de emancipação, provenientes no Ocidente para o Ocidente, seguiram uma lógica própria, sendo que as ideias de direito dos povos e da nação foram assumidas pelos dominados em favor da libertação deles. Entretanto, os direitos humanos do homem foram, rapidamente, pisoteados nas novas nações, sendo os Estados parasitados pelas elites do poder.

Desta forma se desenvolve, conforme Morin (2012), a mundialização do humanismo, dos direitos humanos, da primícia da liberdade-igualdade-fraternidade, da ideia de democracia, de solidariedade humana. Essa segunda mundialização é beneficiada pelo desenvolvimento das comunicações, que não estão apenas a serviço dos dominadores, mas desempenham também um papel cada vez mais polivalente. Menciona que, desde os anos de 1960, quando se iniciou a guerra da Biafra, associações de médicos cuidam dos doentes, dos refugiados, dos infelizes, feridos, quase por toda parte do mundo, não por conta da religião ou ideologia, mas do sofrimento dos necessitados. Diversas instituições não governamentais dedicam-se a problemas comuns à humanidade, especialmente a igualdade os direitos para as mulheres. “São vanguardas da cidadania terrestre” (MORIN, 2012, p. 232).

São importantes para o estabelecimento deste humanismo, as contracorrentes: a ecológica devido ao aumento da degradação da biosfera, que só se expande e foi um dos motores da segunda mundialização; a da resistência, que se dedica à qualidade nos campos, à qualidade de vida, que se originou também devido à catástrofes causadas pela transformação dos animais de consumo em objetos industriais, pela putrefação da alimentação deles em dejetos industrializados; a da resistência ao consumo padronizado, que se manifesta na procura de qualidade ou intensidade existencial (consumição) ou, então, na temperança e na frugalidade; a da proteção das identidades e das qualidades culturais, que acontece em reação à homogeneização planetária; a da emancipação do poder soberano do dinheiro, que busca contrabalançar por intermédio das relações humanas e solidárias, das permutas de serviços, fazendo recuar o império do lucro; a da resistência à vida monótona meramente utilitária, que se manifesta na busca por uma vida poética, dedicada ao amor, à paixão, ao deslumbramento, à festa e, por fim, a contrária à explosão da violência, que dissemina éticas de pacificação das mentes e das almas;

Essas correntes, como esclarece Morin (2012), tendem a ampliar-se, intensificar-se e unir-se. Iniciaram por reunir-se, enfrentando o círculo vicioso, que se mantém e faz crescer seus integrantes por meio do fortalecimento de uns pelos outros, da rentabilidade forçada, da agricultura intensiva, da igualização dos gêneros de vida, da devastação dos meios naturais, urbanos, da biosfera, da sociosfera, da diversidade biológica, cultural, da redução da política ao econômico, da inconsistência do trabalho, do aniquilamento das proteções sociais, da perda da visão dos problemas fundamentais e globais.

Segundo Morin (2012), o novo círculo virtuoso em formação une a agricultura biológica e racional, a busca do bem-estar e não do ter mais, de qualidade e não de quantidade, o desejo à plenitude da vida, a vontade de proteger a diversidade biológica e cultural, os esforços para recuperar a biosfera, civilizar cidades, recuperar o campo, tudo isso, devendo, cedo ou tarde, convergir para a formação de começos de transformação; porém a verdadeira transformação só realizará quando essas correntes se articularem para construir a face de uma política de civilização planetária.

Econômica e tecnicamente, conforme Morin (2012), tudo se organiza para uma sociedade-mundo. Tudo parece pronto pois estão instaladas uma máquina econômica, uma tecnosfera e uma rede de comunicação que instituem uma espécie de infraestrutura organizadora. Mas, faltam instâncias superiores à megamáquina aptas a guiá-la rumo à segunda globalização, “uma sociedade civil mundial e uma consciência de comunidade de destino planetário” (MORIN, 2012, p. 238). A comunidade de destino conjuga dois caminhos: o primeiro, que é sustentado pela ciência, técnica, indústria e lucro e, o segundo, é delineado pelas ideias de solidariedade e universalismo. No entanto, adverte o mesmo autor, que tais caminhos que devem se complementar, enfrentarão os contragolpes das ações das forças contrárias, umas contra o capitalismo, outras contra o Ocidente, outras ainda contra a democracia, algumas coligadas contra a hegemonia dos Estados Unidos, símbolos, ao mesmo tempo do capitalismo, do Ocidente, da democracia.

A megamáquina, como esclarece Morin (2012), é administrada por uma nova elite internacional, composta por executivos, *managers*, *experts*, economistas. Tal elite vive num mundo onde só é real o quantificável, que acredita dirigir a locomotiva irresistível do progresso; que despreza qualquer outra virtude que não seja a gestão das sociedades desenvolvidas, da inovação tecnológica, da racionalidade do mercado. Convencida de que detém a verdade da história, está certa de agir pelo bem geral e pede a todos que confiem no seu benévolo otimismo. A política deve estar a serviço do crescimento e do funcionamento harmonioso da totalidade do sistema. A filosofia da nova elite tende a despersonalizar e a desresponsabilizar a sua própria

conduta, que lhe parece obedecer à racionalidade e a objetividade. Fabrica uma inteligência cega a tudo o que escapa ao cálculo e conduz para a globalização do liberalismo. “Criou-se não apenas uma nova fratura social, mas uma fratura intelectual entre essa elite e todos os rejeitados pela marcha inexorável da máquina ou que simplesmente vivem a condição humana buscando-lhe o sentido” (MORIN, 2012, p. 237).

O autor explica que não se sabe o que virá, porém sabe-se que existe e existirá grandes desperdícios de energia, de boa vontade, de vidas, e que os progressos atuais escapam ao pensamento e ao entendimento humano. A insustentável complexidade do universo asfixia a nossa mente.

E ainda, os avanços benéficos da ciência são indissociáveis de avanços mortais. O subdesenvolvimento mental, cultural, afetivo, é provocado pelo próprio desenvolvimento econômico. Os avanços da informação e dos conhecimentos são acompanhados por progressos da ignorância devido à fragmentação e separação do saber em compartimentos. “A crescente impossibilidade dos cidadãos de ter acesso ao controle e à reflexão sobre os conhecimentos científicos ou técnicos relativos à vida de cada um leva ao enfraquecimento democrático na própria raiz da democracia” (MORIN, 2012, p. 242).

Para Morin (2012), o mundo encontra-se num estado de violência em que confrontam as forças de vida e de morte, no que se pode denominar de agonia. Apesar de tornados solidários, os seres humanos seguem inimigos uns dos outros, e as explosões de ódios ideológicos, raciais e religiosos sempre deflagram em novas guerras, torturas, massacres, desprezo. Ressalta ainda o mesmo autor que há duas barbáries que ameaçam o planeta. A primeira, que leva à guerra, ao fanatismo, ao massacre e à deportação; a segunda, tem origem na civilização tecnoindustrial, é fria e domina o cálculo, bem como despreza os indivíduos, os sentimentos deles, a carne deles, suas almas. Isto mostra que o planeta caminha à sombra da morte. O potencial de autodestruição, local ou geral, acompanha a caminhada da humanidade. Nosso avanço industrial/técnico/urbano deteriora nossa biosfera e começa a envenenar o meio vivo no vivemos. “Ora a humanidade do fim do último milênio chegou a um empasse, ou seja, não pode seguir no mesmo rumo” (MORIN, 2012, p. 243).

E o que teremos no futuro? Morin (2012) menciona que o futuro será complexo. Os destinos locais dependem, cada vez mais, do destino global do planeta, que também depende de eventos, acidentes, inovações e descontroles locais que podem desencadear ações e reações em cadeia, ou até mesmo bifurcações decisivas que o afetem. Para o autor, ainda que o futuro seja uma incógnita e que se deve esperar o inesperado, podemos examinar o sentido dos

processos atuais e antecipar três grandes acontecimentos: o surgimento de uma sociedade-mundo, de metamáquinas e de uma meta-humanidade.

As máquinas, conforme Morin (2012), com os avanços do computador, tornaram-se cada vez mais autoindependentes, a partir, sem dúvida, de programas estabelecidos pelos seres humanos. E ainda, tal avanço segue em duas direções. A primeira é a do avanço da inteligência artificial, que evolui e se complexifica em função de experiências em realização, como os computadores neurais, que são parecidos com o cérebro pela complexidade, porém superiores em poder de cálculo. “Contudo a diferença com a mente humana permanecerá radical enquanto essas inteligências não forem as dos seres sensíveis” (MORIN, 2012, p. 245). A segunda direção é a da auto-organização das máquinas, que passam por testagens. Porém, apesar dos progressos evidentes, as máquinas inteligentes são ainda incapazes de se autorreproduzir, de se autorregenerar e de se emancipar dos seres humanos.

Para o mesmo autor, a mente controla as máquinas cada vez mais performantes que produziu. Porém, a lógica dessas máquinas artificiais domina cada vez mais a mente dos cientistas, técnicos, sociólogos, políticos e, mais vastamente, de todos os que, obedecendo a soberania do cálculo, desconsideram tudo o que não é quantificável, isto é, os sofrimentos, sentimentos, alegrias dos seres humanos. Essa lógica, aplicada ao conhecimento e à administração das sociedades, espalham-se em todas as áreas da vida. “A inteligência artificial já está nas mentes de nossos dirigentes, e nosso sistema de educação favorece a influência dessa lógica sobre nossos próprios espíritos” (MORIN, 2012, p. 257). Menciona ainda, que não necessitamos alcançar o poder máximo de nossa mente. Precisamos da pertinência dele. Temos que libertá-lo da miopia e da fragmentação que lhe são culturalmente impostas. Desejamos que ajude a salvar o futuro da humanidade.

Mas, o futuro da identidade humana seria uma meta-humanidade? As técnicas para intervir na identidade e no nascimento do ser humano, o controle do cérebro, a procriação por espermatozoide anônimo, as gestações por meio de barriga de aluguel levam à indagação sobre as noções de maternidade, paternidade, filiação. Mas, as concepções de pai, mãe, filho e filha continuariam vivas mesmo depois de extinguir geneticamente, uma vez que, enraizadas na cultura, elas se manteriam afetivamente por intermédio dos pais adotivos, educadores ou clonadores. Assim, as particularidades e características humanas se tornariam mercadorias e objetos. “Os pais do novo tipo poderiam escolher as qualidades dos filhos num catálogo. Como o gênio criador aparece, muitas vezes, ligado a um defeito psíquico ou físico, à desgraça, a uma infelicidade transfigurada, haveria escassez de tudo o que foi fermento da humanidade” (MORIN, 2012, p. 249).

Explica que essas intervenções da ciência poderiam introduzir genes externos capazes de produzir qualidades físicas e mentais superiores. Como, criar vida, colonizar o sistema solar, permitir a formação de asas que nos fizessem voar, duplicação do volume cerebral. “Essas fantasias de época foram alcançadas pela história real; tornaram-se possibilidades. Mas minha euforia de então deu lugar à minha inquietude atual: o super-humano terá coração? Terá “mais consciência e amor?” (MORIN, 2012, p. 253).

Morin (2012) questiona se somos seres humanos realmente livres, uma vez que, sofremos limitações de nosso meio natural, do nosso patrimônio genético, que estabeleceu nossa anatomia, nossa fisiologia, nosso cérebro, logo nossa mente. Segundo ele, estamos fechados em nossa cultura, que inscreve em nós, a partir do nosso nascimento, normas, tabus, mitos, ideias, crenças; somos submetidos à nossa sociedade; somos mesmo possuídos por nossas ideias, que se apropriam de nós enquanto cremos dispor delas. “Assim, somos ecológica, genética, social, cultural e intelectualmente determinados. Como poderíamos ter liberdade?” (MORIN, 2012, p. 269).

Para responder esta questão, o autor retoma a herança genética e cultural. Explica que todas as atividades humanas são cerebral, fisiológica e geneticamente dependentes. Porém, é na dialógica dessas múltiplas dependências que surge a autonomia mental do ser humano, ou seja, ela se torna apta para elaborar estratégias e fazer escolhas. Desta forma, de acordo com o autor, os genes não são os senhores da vida, são a memória e a experiência hereditária gravadas neles. Os senhores seriam, neste sentido, os nossos antepassados, que mortos, nos fazem vivos, humanos, favorecidos de um cérebro do qual surgem a mente/espírito, a decisão, a escolha e a consciência. “A inscrição do indivíduo numa cultura e numa sociedade faz-lhe submeter-se a uma nova dependência, que, com frequência, lhe tira a possibilidade de uma autonomia e de um acesso a novas liberdades” (MORIN, 2012, p. 272).

O autor menciona que a cultura grava no indivíduo o seu *imprinting*, registro matricial normalmente sem volta inicia com a primeira infância a maneira individual de conhecer-se e comportar-se, que se aperfeiçoa com a educação familiar e escolar.

O *imprinting* fixa o prescrito e a interdição, o santificado e o maldito, implanta crenças, ideias, doutrinas, que dispõem da força imperativa da verdade ou da evidência. Enraiza nas mentes os seus paradigmas, princípios iniciais que comandam os esquemas e modelos explicativos, a utilização e ordenam as teorias, pensamentos, discursos...é seguido por uma normalização que cala qualquer dúvida ou contestação das normas, verdades e tabus (MORIN, 2012, p. 273).

No entanto, para o autor, em cada sujeito, a herança cultural choca-se com sua hereditariedade biológica; combina-se e combate-se, determinando inibições ou soluções recíprocas que modulam a expressão dessa hereditariedade e dessa herança. Desta forma, cada

cultura, através do sistema educacional, das normas, das interdições e dos modelos de comportamento, inibe, recalca, favorece, estimula, sobredetermina a expressão de uma aptidão natural, exerce seus efeitos no funcionamento cerebral e a formação da mente, atuando assim pra coorganizar e controlar a personalidade como um todo.

Segundo Morin (2012), a hereditariedade biológica e a herança cultural são complementares, porém ocasionalmente antagônica. Para ele, nossa dependência genética permite-nos não sofrer complementarmente a influência dos determinismos culturais e ecológicos. Desse modo, a autonomia inata, filha da hereditariedade biológica, possibilita resistir à ditadura do *imprinting* cultural. Contrariamente, a autonomia adquirida pela apropriação de uma vasta cultura permite vencer o peso de uma hereditariedade opressora. O jogo entre os caracteres individuais gerados pela hereditariedade biológica e a formação da personalidade pelas normas culturais permite uma vasta diversidade de indivíduos; poucos, reticentes em relação ao aceito como evidente pela maioria, serão não conformistas, desviantes, mesmo rebeldes ao *imprinting*, exatamente por desfrutarem de uma forte autonomia mental.

De acordo com o autor, toda cultura sujeita e emancipa, aprisiona e liberta. As culturas das sociedades autoritárias e fechadas contribuem vigorosamente para a sujeição; as culturas das sociedades abertas e democráticas favorecem as emancipações. “O indivíduo só é eminentemente livre na medida em que é capaz de contestar a sociedade” (MORIN, 2012, p. 276).

Na sociedade e na cultura, “as ideias que nos possuem são motores, mitologias de poder sobre-humano e providencial. As ideias servem-se dos seres humanos, acorrentam-nos, enlouquecem e arrastam-nos” (MORIN, 2012, p. 278). No entanto, podemos refletir se elas nos enganam, investigar o caminho que nos fazem percorrer. Entre as ideias motoras, está a de liberdade. Quando somos dominados por ela, conquistamos liberdades.

O problema da liberdade, segundo Morin (2012), se coloca em termos de autonomia-dependência. Assim, explica o autor, se somos completamente tomados por uma ideia, perdemos a liberdade de questioná-la, de confrontá-la com a experiência. Mas, para tanto precisamos ser autônomos até na dominação, isto é, precisamos ser capazes de dialogar de forma racional e crítica com nossas ideias, sem, contudo, ter de excluir a paixão ou mesmo o aspecto mítico presente em todas as ideologias de emancipação, que nos obrigam a trabalhar pela liberdade do outro.

Segundo Morin (2012), o tempo de uma vida humana pode ser completamente submetido à necessidade de sobreviver para viver, isto é, sofrer com o trabalho sem ter a garantia de aproveitar a vida, a não ser por *flashes*. Desta forma, em lugar de sobreviver para

viver, vive-se para sobreviver. Viver para sobreviver acaba com as mais importantes possibilidades de liberdade: a maior parte dos seres humanos, tanto no passado quanto atualmente, por toda parte, só viveu para sobreviver, nas sociedades de baixa complexidade, em lamentáveis condições.

Esclarece ainda que quando os indivíduos deixam de estar sujeitos às ordens, mitos e crenças impostos e tornam-se, finalmente, indivíduos questionadores, inicia a liberdade de espírito, que se firma:

- pelas curiosidades e pelas aberturas ao exterior (do que é dito, conhecido, ensinado, recebido);
- pela capacidade de aprender por si mesmo;
- pela aptidão a problematizar;
- pela prática de estratégias cognitivas;
- pela possibilidade de verificar e de eliminar o erro;
- pela invenção e pela criação;
- pela consciência reflexiva, ou seja, a capacidade do espírito se autoexaminar e, para o indivíduo, de se autoconhecer, autoperscrutar e autojulgar;
- pela consciência moral (MORIN, 2012, p. 283).

Morin (2012) reafirma a ideia de que o indivíduo é uno e múltiplo; a sua unidade não se constrói somente numa base genética, fisiológica, cerebral, como também a partir da noção de sujeito, da qual se apresenta uma nova classificação, comportando especialmente um duplo princípio de inclusão e exclusão, que possibilita compreender, ao mesmo tempo, a intersubjetividade, o altruísmo e o egocentrismo. O ser humano é definido de modo bipolarizado, sempre com a presença da afetividade: “*sapiens/demens; faber/ludens/imaginarius; economicus/consumans/aestheticus; prosaicus/poeticus*” (MORIN, 2012, p. 289).

Que os seres humanos se consagrem à diversão, ao consumo, à perdição, à adoração do invisível, à exaltação, pode ser considerado como um desperdício desprovido de funcionalidade social. Mas, o desperdício, o consumo e a despesa constituem eflorescências da complexidade individual e da complexidade social. Revelam a diferença irreduzível entre a sociedade de humanos e uma máquina trivial. Por isso, a aplicação de modelos deterministas, econômicos, racionalizadores, para conhecer o universo humano despreza o essencial (MORIN, 2012, p. 289).

Mas, há a proposta do autor do retorno ao homem genérico, que envolveria a geração e a regeneração do humano, a busca da humanidade da humanidade. O termo genérico usado pelo autor, refere-se a gerar/regenerar o humano. De acordo com Morin (2012), para progredir é necessário encontrar de novo a fonte geradora e para preservar uma aquisição é necessário regenerá-la infindavelmente. Para cada um e para todos, para si e para os demais, no amor, na amizade, para o avanço da idade, necessita-se de regeneração constante. “Tudo o que não regenera, degenera.” (MORIN, 2012, p. 294).

Estamos na época da era planetária que nos permite encontrar novamente a origem comum. É neste momento que se deve, para realizar a humanidade, beber nessa origem comum, preservando os enriquecimentos singulares obtidos ao longo das diásporas e, posteriormente, das miscigenações. É preciso recorrer às forças nascentes (criadoras) da linguagem, do espírito e da consciência.

Assumir a relação inicial da trindade indivíduo/sociedade/espécie é retomar a *arkhé* e apostar no futuro. Assumir conscientemente essa trindade é escolher o destino humano nas suas antinomias e na sua plenitude e afirmar, no mais alto nível, a liberdade, posta assim a serviço não apenas de si mesmo, mas também da espécie e da sociedade (MORIN, 2012, p. 294).

O progresso, por sua vez, deve aparecer como um trabalho do homem genérico em nível mundial. Diante disso, nosso devir mundial precisa de uma antropoética e antropolítica que ligam a regeneração da verdade genérica e a busca de um progresso regenerado. “Digamos que não há Origem pura. A origem do *homo sapiens* aparece no fim de um longo processo de hominização. A nova Origem, que virá talvez de nossa incerta agonia planetária, será possivelmente o início da humanização” (MORIN, 2012, p. 294).

Conclui com indagações a respeito do futuro da humanidade, perguntando se seria possível inibir a megalomania humana e regenerar o humanismo, fortalecer as emergências do amor e da amizade, rever-nos interiormente e, por fim, recachara barbárie e civilizar os humanos. Evidentemente não teremos respostas a essas questões, mas podemos, no nosso cotidiano, tentar compreender a complexidade do ser humano e buscar relações regeneradoras, ou com potencial para regenerar essa humanidade.

Por fim, algumas considerações sobre as ideias de Morin e a humanização do cuidado para a graduação em enfermagem.

3. 1. 5 Considerações sobre as ideias de Morin e a humanização do cuidado

A compreensão das facetas do *homo*, tal como Morin (2012) propõe, nos leva a considerar que podemos ter perdido a humanidade, em algum momento, no nosso caminho evolutivo. Isto porque diante da força da sociedade, da força da cultura, das ideias que circulam, nem sempre os seres humanos foram capazes de refletir criticamente, com elas e sobre elas. É pertinente também considerar o que foi pontuado e reforçado diversas vezes pelo autor, a necessidade de considerar a história na evolução do ser humano, bem como a cultura então construída.

Contextualizando para o campo da formação profissional dos futuros enfermeiros, entendemos ser necessária olhar para o aluno como um ser humano complexo – que conjuga todas as facetas do *homo-sapiens/demens; faber/ludens/imaginarius; economicus/consumans/aestheticus; prosaicus/poeticus* -, para a compreensão de seus comportamentos e atitudes que terão interferência no modo de cuidar das pessoas.

Há ainda o fato de Morin defender que somos constituídos pelas dimensões: física, biológica, psicológica, social, mitológica, econômica, sociológica e histórica. Isto implica que precisamos levá-las em consideração, inclusive na prestação do cuidado, para que o vínculo entre o usuário e enfermeiro seja estabelecido e como fruto dessa relação, através do diálogo, da empatia, do acolhimento e da boa comunicação seja alcançado o entendimento de suas demandas. A partir daí, então pode-se elaborar o plano de cuidado, com a participação do usuário, objetivando um cuidado integral, como preconizam as políticas que defendem a humanização na Saúde.

Consideramos que a cultura e a afetividade são duas palavras que devem nortear a organização do processo de ensino/aprendizagem para que o foco seja a humanização do cuidado.

3.2 Humanização e Cuidado Humanizado

3.2.1 Aspectos gerais sobre o contexto atual envolvendo a área da Saúde

Conforme ressalta Rios (2009), apesar de o termo laico humanização guardar em si uma característica maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de resgate de valores humanos abandonados em tempos de escassez ética. Agora, a humanização aflora, outra vez, no instante em que a sociedade passa por uma revisão de valores e atitudes.

Numa visão ampla, ainda seguindo os caminhos trilhados por Rios (2009), a pós-modernidade se define pelo reordenamento social resultante do capitalismo multinacional e pela globalização econômica. Trata-se de um tempo em que ruíram os ideais utópicos, políticos, éticos e estéticos da modernidade, que creditavam ao projeto iluminista a construção de um mundo melhor movido pela razão humana. Os seres humanos, cada vez mais não acreditam na política e nas ideias revolucionárias que, na prática, deram poder a governos corruptos e incapazes de promover o bem da nação. Assim, eles não buscam mais seus referenciais de identificação nos grandes coletivos sociais, mas, sim, em si mesmos.

Ainda segundo a mesma autora, o aniquilamento de suportes sociais e éticos, acrescido ao modo narcísico de ser, criou condições para a intolerância à diferença, e assim, o outro passa a ser visto sempre como uma ameaça. Tal disposição, associada à rapidez e ao pouco incentivo à reflexão sobre os aspectos existenciais e morais do viver humano, faz com que a violência – que é parte do nosso dia a dia – se mostre também como modo de solucionar conflitos. No entanto, como adverte Rios (2009), a partir da metade do século XX, vieram respostas, ainda que talvez não tão efetivas, para a sociedade assim estabelecida. Ou seja, questões referentes aos direitos humanos, bioética, proteção ambiental, cidadania, mais que conceitos emergentes, passaram a ser práticas que ganham espaço no cotidiano das pessoas.

Na área da Saúde, segundo Rios (2009), diversas iniciativas surgiram com o nome humanização. Há possibilidades de o termo ter sido forjado, durante a luta antimanicomial, no ramo da Saúde Mental, e com o movimento feminista, na Saúde da Mulher, em prol da humanização do parto e do nascimento. A partir daí diversos hospitais, predominantemente do setor público, desenvolveram ações que forma denominadas humanizadoras.

Para dar continuidade às reflexões sobre a humanização na Saúde, voltada ao cuidado humano, o que é discutido nessa pesquisa, utilizamos as ideias de Giordani (2015). Esta autora, enfermeira obstetra, além de mestre e doutora em Enfermagem, inicia suas reflexões argumentando que elas vieram da sua inquietação a respeito da humanização no contexto de instituições de Saúde e firmaram-se em uma visita a uma Bienal, na qual, ao buscar por livros sobre a temática, se deu conta de que ela é pouco explorada, o que fortaleceu o seu desejo de escrever a respeito. Para a autora, nos serviços de Saúde existem pessoas que cuidam de pessoas e, por este motivo, precisam ter ciência de seu papel de cidadãos e profissionais no resgate de valores esquecidos em meio a recorrentes fatos cotidianos que mostram descaso e diversas formas de violências tidas como “normais”, tão normais que fazem parte da dinâmica do viver.

Giordani (2015) menciona que seu desejo é que os ventos da alta tecnologia médica, que conspiram a favor do diagnóstico e tratamento de diversas patologias no universo, sirvam para despertar nos atuais e futuros profissionais de Saúde, a consciência, a certeza e o desejo de cuidar, unindo conhecimentos científicos ao respeito e à dignidade no trato das profundas e diversas dimensões do ser humano. Segundo a mesma autora, a supervalorização de comportamentos estritamente técnicos formam profissionais mecanizados, e nossas relações interpessoais ficam sofríveis com colegas, empresas e clientelas, favorecendo a ocorrência de graves falhas de entendimento e atendimento aos seres humanos. Esclarece ainda que por meio da sintonia com o outro, é possível adentrar universos tão singulares, cujas particularidades

podem reforçar a intenção de ofertar uma assistência de qualidade – o que pressupõem realizá-lo com sensibilidade e empenho.

Trata-se de saber captar e interpretar expectativas, medos, desejos, sonhos, sentimentos, dores e sofrimentos nem sempre verbalizados. Isso requer do profissional usar sua sensibilidade como instrumento de trabalho, abrindo canais de comunicação e ajuda (GIORDANI, 2015, p. 17).

Adverte ainda que na Saúde há profissionais adoecidos e que cuidam do outro “parcialmente”, quando necessitam de cuidados integrais, pois muitos se entorpecem com drogas lícitas e ilícitas. Há também os que são movidos por questões materiais, urgências financeiras, sociais, políticas, autoestima, autoaprovação e poder. O desgaste que tudo isso lhes ocasiona, não permite que os façam ver ou reconhecer suas próprias fraquezas, fechando canais valorosos, como a visão e a escuta, na relação com colegas e usuários.

A doença não se antepõe à saúde, mas ambas têm estreita ligação na busca da manutenção e do equilíbrio entre pensamento e ação. Um estado se completa no outro e, mesmo que o cliente não tenha feito uma profunda reflexão a respeito, o que ele busca ao receber cuidados preventivos e curativos é, sobretudo, respeito e atenção (GIORDANI, 2015, p. 18).

Giordani (2015) ainda afirma que a aplicação de conhecimentos obtidos de estudos sistematizados e o emprego da habilidade na execução de procedimentos médicos e de enfermagem ganham, de fato, relevância e sentido ao cuidado quando esses profissionais consideram seus valores, opiniões, sentimentos e perspectivas em cada fase de seu tratamento. De acordo com a autora, desta forma, quem se propõe a cuidar, mesmo diante do outro deve tentar interagir de forma a reconhecer-se como um ser humano semelhante a quem está cuidando. Deve ter clareza que o cuidado busca não somente o alívio de sua dor física, mas alguém com formação profissional que se interesse não somente por sua doença, mas por sua pessoa, que está enferma. Necessita procurar amenizar seus medos e outras formas de sofrimento, sendo dedicado e mostrando interesse em auxiliá-lo independente de quem ele seja ou do que tenha para ofertar, não se valendo apenas de remédios, exames e procedimentos técnicos.

Na prática, o cliente espera encontrar profissionais acolhedores que o escutem, respondam respeitosamente às suas dúvidas, estendam-lhe a mão e transmitam segurança; alguém, enfim, que não o faça se sentir discriminado, diminuído, sozinho, ameaçado ou desamparado, receoso por colocar sua vida em mão de pessoas estranhas, (GIORDANI, 2015, p.18).

Vamos abordar, nas reflexões que seguem, seguindo os passos de Giordani (2015), a prestação de serviço pelos profissionais de saúde; a prática do cuidar, quem cuida e quem é cuidado, além de tratar as atitudes desumanas na saúde no Brasil; a cultura da humanização da

Saúde, assim denominada pelo Ministério da Saúde (MS); a importância na Saúde de ver, relacionar e tratar o ser humano em sua totalidade, as condições oferecidas aos usuários pela maior parte dos serviços de Saúde e também aos profissionais da área que sofrem com as grandes demandas de trabalho e, por fim, a importância que os profissionais da Saúde reconheçam trajetória da desumanização nas instituições de Saúde em geral, especialmente nas instituições hospitalares.

3.2.2 (Re)pensando a assistência à saúde

Giordani (2012) retoma aspectos do contexto atual enfatizando que vivenciamos extremos sociais, econômicos, culturais e ideológicos, com conflitos, crises e variadas demandas dentro e fora dos serviços de saúde no mundo. Vivemos com crises de valores sociais seculares, bem como de valores que resultam da racionalidade do mercado: a produtividade, a competição, o sucesso, o individualismo, o lucro, a vantagem e o consumismo, o que ocasiona conflitos mórbidos e alterações comportamentais significativas e somáticas.

No Brasil, segundo Giordani (2015), a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, além de implicar um valor extraordinário à qualidade de vida. A Constituição Federal brasileira de 1988, no artigo 196 estabelece para essa garantia através de políticas sociais e econômicas que visam diminuir os riscos de doenças e agravos, garantindo o acesso igualitário e universal às ações e serviços. Tão logo, o conceito atual de saúde exige a participação de vários segmentos da sociedade brasileira na organização de condutas bem administradas que envolvem educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, vacinas, campanhas de conscientização, tratamentos para doenças e programas que garantam reabilitação física e social.

No entanto, em contrapartida, a sociedade ocidental ainda exalta e valoriza mais o possuir e o saber na dimensão individual e materialista que o ser e o fazer fundamentados em valores éticos básicos e no respeito dos direitos fundamentais do ser humano a uma convivência e existência digna nos meios privados e públicos.

Prova é que o modelo assistencial que opera hoje nos serviços de Saúde de muitos países é organizado dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, o qual subordina claramente a dimensão cuidadora que implica ao *ser* e ao *fazer* um papel irrelevante complementar (GIORDANI, 2015, p. 24).

Assim, na Saúde, de um lado, há cobrança por uma assistência humanizada. De outro, em instituições públicas ou privadas, há descaso com a dor alheia, desrespeito à vida, autoritarismo de gestores e médicos, abuso do poder, banalização do sofrimento e a indiferença aos direitos dos usuários, além de outros pontos negativos que diminuem a qualidade do

cuidado. Em geral, a preocupação de gestores, administradores, donos e profissionais de instituições está na produção e no lucro, não dando atenção à humanização nos serviços, que dependem da forma como se administra.

A autora ressalta que cuidar envolve muito mais que estar perto de quem precisa de ajuda, ou seja, o ato de cuidar requer que haja interesse pelo outro, preocupação com afeição, sentimento de responsabilidade pelo outro a ponto de buscar sempre o seu bem-estar. Assim, humanizar na Saúde, requer afabilidade, acolhimento, benevolência, dignidade, civilidade, respeito pelo outro, atendimento e tratamento igual para todos, e o mais importante, interesse em solucionar problemas de saúde ou causadores de doenças, mesmo quando a cura não seja possível.

Para que o cuidar seja de fato efetivo, a autora menciona que mudanças geram conflitos e acabam por vezes em reações nem sempre edificantes. Diante disso, há um processo educacional que precisa ser posto em prática. E, neste processo, a criatividade é importante, bem como a predisposição para inovar, fazendo parceria com médicos, arquitetos, engenheiros, decoradores e enfermeiros na contribuição de projetos de médio e longo prazo, que traga satisfação também para os trabalhadores, envolvidos direta e indiretamente na assistência ao usuário.

Para Giordani (2015), a prática administrativa contemporânea, de modo geral, permite a participação dos colaboradores de instituições de Saúde, constituindo-se assim como um modelo inovador de relações humanas, ou seja, nela busca-se administrar com pessoas, e não administrar pessoas, valorizando-se o potencial das mesmas. Como exemplo, a autora menciona o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), proposta do Ministério da Saúde, que requer o trabalho conjunto de profissionais de Saúde de diferentes áreas em todos os âmbitos de atendimento, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, tanto para usuários como para os profissionais da saúde, no caso.

Por fim, a autora destaca as dificuldades enfrentadas no Brasil para a implementação de tais modelos, pois eles demandam o convencimento de profissionais de que crenças e ideais sejam revisitadas no sentido de buscar comportamentos morais e éticos na prática ao cuidado. Tais modelos devem ser pautados nos Direitos Humanos Universais, Direitos do Paciente, Constituição Federal brasileira e no Código de Ética, que guiam todos os profissionais.

3.2.3 Sensibilidade para o cuidado

Definições de conceitos de saúde, doença e cuidar, bem como precisar quem cuida e quem é cuidado são aspectos importantes para as reflexões sejam consistentes. “Isso ajudará o leitor a se posicionar como um dos tantos protagonistas em um complexo sistema de relações que envolvem pessoas, necessidades e interesses de toda ordem no palco da globalização” (GIORDANI, 2015, p. 31).

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu Saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença. Porém, esse conceito é controverso, visto que a Saúde não pode ser pensada somente sob aspectos biológicos, portanto não é adequado usá-lo como meta dos serviços de saúde. Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, surgiu um conceito mais amplo de Saúde, como sendo:

[...] o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de Saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes dificuldades nos níveis de vida (GIORDANI, 2015, p. 33).

Esse conceito, segundo a autora, mostra-se atual e é utilizado por estudiosos, governantes, gestores e profissionais de Saúde. Já o conceito de humanizar, tal como esclarece Giordani (2015), fundamentando-se em Cantone (2006), envolve a assistência que prima pela qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, o reconhecimento dos direitos do paciente, bem como de suas especificidades enquanto um ser que se faz também numa cultura e numa determinada sociedade e busca a valorização do profissional e de atividades desenvolvidas por uma equipe e entre equipes.

Para os profissionais da Saúde, como esclarece a autora, muitas ações são propostas pelos gestores de forma rigorosa e baseadas somente na racionalidade científica, esquecendo da subjetividade, a possibilidade de crescimento dos profissionais e de sua participação ativa. Isto pode levar a um distanciamento que culmina em apatia, corporativismo excessivo, na relação desumanizada com os usuários, ausência de motivação, falta de capacidade de ousar e de criatividade.

Outro aspecto importante na humanização do cuidado é a sensibilidade. Para a autora, a sensibilidade do profissional favorece a percepção do outro e a manter o interesse verdadeiro pelo outro. “O indivíduo sensível (cuidador) é aquele capaz de perceber as modificações passadas no meio externo e interno e reagir a elas de forma adequada, sempre respeitando a individualidade e o momento do outro” (GIORDANI, 2015, p. 35).

Giordani (2015) menciona também que há estudiosos que concebem o que o ato de curar exige criatividade, que está aqui relacionada à sensibilidade e à intuição para lidar com o novo,

com o desconhecido. Lembra que ela está relacionada ao restabelecimento da saúde mental e física em luta contra a doença, enquanto o cuidado denota concentração no que se faz, preocupação e cautela para problemas que podem ser prevenidos, zelo com pessoas, objetos e situações.

Ao tomar a definição de cuidado, a partir do pensamento de Waldow (2001), como uma postura ética e estética frente ao mundo, ou uma forma de viver, de ser, de se expressar, que implica num compromisso com o estar no mundo e uma contribuição para o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e da nossa espiritualidade. A partir dessa ideia, a autora esclarece que a maior meta não é a cura, mas que o cuidado é um ato que vai para além de procedimentos técnicos e conhecimentos, pois envolve atitudes e comportamentos que visem o alívio do sofrimento, a preservação da dignidade e a facilidade de meios para conduzir situações de crise e experiências ligadas à morte e à vida.

Ao tratar da morte, Giordani (2015) defende que, frente à sua iminência, não é o medo de morrer que desestabiliza o ser humano, mas sim o medo de morrer sozinho. Por isso, morrer não deve ser um acontecimento solitário, isolado, sendo necessário dividir com alguém esse delicado momento e os sentimentos daí resultantes. Ainda sobre a morte, ela trata da dificuldade dos profissionais em lidar com esse momento, sendo esta a principal vilã do seu trabalho, pois foram preparados, desde a vida acadêmica, para cuidar apenas da vida. Dado o fato, a autora propõe que o cuidado emocional também necessita ser dado ao cuidador, que diariamente vivência situações que demandam grande desgaste e podem trazer transtornos psíquicos.

Para tal situação, a autora defende a espiritualidade, que mantém o cuidador aberto para o outro, humilde e respeitoso para com os valores e a dignidade do outro. É ela que torna o ser humano potencialmente capaz de ter compaixão. Ainda, baseando-se em Waldow (2004), ela enfatiza que o cuidador deve expressar conhecimento e competência em suas atividades técnicas e educativas, primando por conjugar interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstrados por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques.

Compaixão, competência, confiança e comprometimento são termos que precisam também ser abordados. A compaixão envolve sensibilidade à dor do outro e implica na participação na experiência do outro, enquanto a competência envolve um estado de conhecimentos, habilidades, energia, capacidade de julgamento, experiência e motivação, essências para responder com eficácia as demandas das responsabilidades profissionais nas instituições de Saúde. A confiança se firma por meio de relações respeitosas, que transmitem segurança e honestidade. Por último, sentir-se comprometido implica em responder a desejos e obrigações que resultam na ação, no modo de cuidar do outro.

Giordani (2015) menciona que a prática em enfermagem tradicional consistia em desempenhar técnicas e procedimentos, mas que não cuidava. No entanto, lenta e continuamente a pessoa foi incluída nesse processo de cuidar, fazendo do exercício da profissão objeto e finalidade da sua existência, surgindo então a via humanista. No entanto, ela lança um desafio, a “abertura para o autoconhecimento e o contato com as próprias dores, muitas delas bem escondidas no íntimo de cada um” (GIORDANI, 2015, p. 50).

No entanto, segundo a mesma autora, isto não descarta a importância das habilidades técnicas para desempenhar procedimentos por parte dos profissionais de Saúde, pois quando não executadas de forma adequada também geram insegurança e medo por parte de quem está sendo cuidado. Ela destaca também a importância do toque, que pode ser realizado por meio de um olhar, pois há quem o rejeite na forma física. Nas palavras de Giordani (2015, p. 54):

Está provado que, quando o cliente é tocado de forma afetiva, além de ter seu ritmo cardíaco diminuído, ele mostra uma expressão facial positiva – e isso não apenas durante a realização de procedimentos. Assim, esse contato pode ser considerado um instrumento interativo eficaz nas relações interpessoais.

Cabe ainda mencionar que a autora trata da presença da família é fundamental para a recuperação do doente. Reforça que, principalmente nas internações prolongadas, os familiares também necessitam de cuidado e passam de cuidador para cuidado e precisam de apoio e compreensão por parte da equipe da Saúde. Ela aponta a comunicação como algo essencial na relação usuário-família-profissionais de Saúde e defende que a criação desse canal favorece a aceitação da doença e também a superar a sensação de medo frente à crise, causando maior sensação de segurança e confiança.

Sobre a comunicação entre médicos e usuários, especialmente nos serviços públicos, para Giordani (2015), é rotineiro que os usuários se sintam insatisfeitos, pois há limitação do tempo do profissional e a disponibilidade da maioria que tenta conciliar seu trabalho em mais de uma instituição de Saúde. Ainda devemos levar em consideração, um possível despreparo para a escuta ativa e o estabelecimento de um diálogo efetivo.

De acordo com a autora, apesar de que há expectativa de que na relação entre o e profissional e usuário haja diálogo, o que ocorre, com maior frequência, é um monólogo; o médico é quem fala, diagnostica, prescreve, determina e comunica o que deve ser feito. O ser humano vira um depósito de ordens e informações que devem ser ouvidas e seguidas à risca, de preferência sem perguntas. Diante dessa situação, verifica-se a falta de autonomia da pessoa diante do seu problema. Segundo ela, a liberdade é um dos aspectos perdidos pelos usuários na

relação com muitos serviços de Saúde no Brasil, porém, sem dúvida, é um princípio que dignifica a pessoa e que, por este motivo, constitui um dos pontos essenciais da humanização.

Tal assistência, comum no âmbito da Saúde, no Brasil, segundo a autora, que não favorece o diálogo, a liberdade, a autonomia, pode ser favorecida pela formação oferecida nos cursos de medicina, em geral, nos quais o futuro médico é preparado para focar na patologia e ter comportamento extremamente técnico, como possuidor do saber. Essa postura sustenta o erro de que a doença deve ser entendida como um fenômeno isolado, sem relação com o mundo interior e exterior do ser humano.

Trata-se de importante limitação no processo de aprendizagem que depois se reflete negativamente no exercício da profissão, quando já como médicos, os profissionais demonstram não saberem trabalhar com a expressão dos sentimentos do outro e com os próprios, tendendo, inclusive, a negá-los (GIORDANI, 2015, p. 61).

A enfermagem, segundo a autora, não deve ir nessa mesma direção. Há situações que demonstram despreparo por parte dos profissionais e atitudes que demonstram desumanização, segundo a autora, tais como: infantilização nas falas; a forma como os corpos são manipulados de maneira automatizadas sem esclarecimentos prévios; falta de empatia; violência física e psicológica que se expressa em maus-tratos; exposição dos corpos em lugares extremamente frios pelo ar condicionado; demora na espera por atendimento; falta de privacidade expondo partes do corpo sem necessidade. Em contrapartida, algumas circunstâncias levam a situações extremas na Saúde, quando usuários passam a agir com violência contra colaboradores, rompendo-se os contratos básicos de sociabilidade por meio de manifestações agressivas, expondo assim altos níveis de insatisfação perante desespero de quem atende. Então, profissionais de Saúde, são alvos também de diversas violências psicológicas, verbais, morais, físicas, e outras na dinâmica de seus espaços de trabalho.

A mesma autora menciona que, em meio a uma vasta lista de situações desagradáveis que acontecem em Saúde, alguns autores lembram que pequena parte dos brasileiros possuem plano de saúde privado, enquanto a maior parte da população depende exclusivamente do SUS, cujo diagnóstico costuma estar condicionado a vários serviços de condições físicas, higiene e atendimento em geral depreciativos. Fundamentando-se em Bartmann *et al.* (2005), menciona ainda que, em razão das desigualdades sociais de renda no Brasil, é pequena a proporção de segurados, sendo o SUS o serviço que presta assistência à maioria, com todas as limitações de um país subdesenvolvido e, em diversos setores, ainda sem organização, com um modelo de assistência que foca na recuperação e cura de doenças.

De acordo com a autora, mesmo existindo situações de desumanidade e elas sejam reais e inúmeras, quem cuida da vida humana deve trabalhar para desconstruí-las, pois elas reforçam

e geram mais desigualdades, potencializam a sensação de inferioridade, roubam a dignidade do ser humano e a possibilidade de opinar, de intervir no processo saúde-doença e de envolver-se no cuidado.

Há gestos simples que costumam ser ignorados durante profundos mergulhos em uma ciência altamente avançada e cujo olhar não costuma alcançar as entranhas subjetivas da vida em detrimento da oferta de relações tecnicamente frias e impessoais (GIORDANI, 2015, p. 67).

A construção de uma cultura de bom atendimento e assistência humanizada em Saúde, depende de cada um de nós, e ainda nas palavras de Giordani (2015, p. 70):

Então, ora como cuidadores, ora como cuidados – mas “essencialmente humanos”-, aprendemos a reconhecer as próprias carências, limitações, fragilidade e vulnerabilidade intercessoras na urgente construção de um novo paradigma capaz de incentivar e estabelecer relações interpessoais mais saudáveis, motivar o diálogo, resgatar emoções, valorizar culturas e hábitos, reconhecer sentimentos e valores mais que a doença em si.

Vejamos em seguida, aspectos da cultura da humanização na Saúde.

3.2.4 A cultura da humanização na Saúde e visões de Saúde

Para Giordani (2015) é urgente que a cultura da humanização se firme e, para tanto, é preciso chamar a atenção de estudantes e profissionais que estão no mercado para a humanização do cuidado, resgatando valores humanitários fundamentais, que favoreçam a construção de um modo novo de pensar a vida e perceber o ser humano. Com essa finalidade, segundo a autora, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), tem se empenhado em promover a pessoa humana como valor essencial no seio das práticas públicas de Saúde, levando em conta a grande deficiência de assistência no Sistema de Saúde vigente. Tal programa foi substituído por uma política de assistência. De acordo com a autora, além da forma de atendimento, o Ministério da Saúde (2001) menciona que, na avaliação do público, a forma demonstrada pelos profissionais para entender suas necessidades e expectativas são fatores mais valorizados que a carência de médicos, de espaços nos hospitais e a escassez de medicamentos.

A autora enfatiza que a humanização se dá nas relações entre as pessoas e se concretiza em três níveis de comportamentos: simpatia, benquerer e amor. Isso se dá quando o profissional envolvido no processo de cuidar, deve ter o que chamam de grandeza de alma, como uma qualidade alcançada só por aqueles que vivem sua existência apoiada em valores elevados, bem como ser dotado de espiritualidade, que não se apoia na religiosidade ou nas práticas religiosas. Assim sendo, “as dimensões biofísica, social, psíquica e emocional, mental e espiritual não

podem ser ignoradas ou relegadas a um segundo plano, porque na verdade todas interagem com o corpo físico humano nos estados de equilíbrio e desequilíbrio” (GIORDANI, 2015, p.96).

Giordani (2015) enfatiza a importância da humanização do atendimento em Saúde durante o processo de formação do enfermeiro e dos demais profissionais da enfermagem. Explica que o processo de ensino/aprendizagem de enfermagem deve ser repensado, bem como menciona que as matrizes curriculares dos cursos devem abordar conteúdos de ciências sociais e humanas, físicas e biológicas, sendo necessário que essa mudança ocorra nos demais cursos da Saúde, valorizando assim a interdisciplinaridade que propicia a abordagem da humanização em várias disciplinas, sob variados pontos de vista. Adverte que o Ministério da Saúde destaca que a humanização do atendimento deve alcançar a formação educacional dos futuros profissionais da área. A mesma autora, ao mencionar a formação em enfermagem, salienta que, como bem menciona Bittes Jr. (2000), o saber em enfermagem sempre se apoiou no saber médico, levando-o a exercer o cuidado segundo os modelos biomédicos ou voltado para as tarefas de gerenciamento.

A partir de autores como Bedin *et al.* (2004) e Miranda e Miranda (2001), a autora em suas reflexões sobre humanização no cuidado reforça que os cursos de graduação em enfermagem devem ser redimensionados e que eles devem primar pela qualidade do ensino e da formação dos novos profissionais que chegam no mercado de trabalho, que deve receber uma formação humanista. Acrescentou ainda que a humanização tem sido trabalhada no Brasil em diversos cursos de graduação e de pós-graduação, que não se limita somente a questões conceituais, mas busca uma reflexão crítica da realidade, de situações vivenciadas em suas particularidades, envolvendo a dimensão do cuidado, com ênfase ao aspecto bioético.

Considerando que o ser humano é complexo e que o sentido da vida é algo controverso, e que qualquer suspeita ou ameaça à saúde causa ansiedade, angústia, pavor e até mesmo pânico, então se faz necessário considerar a dimensão emocional do ser humano, pois sempre há problema difíceis de serem curados, mas não de serem cuidados.

A autora aponta diversas situações, no âmbito das instituições de saúde no país, que favorecem um cuidado humanizado, como a comunicação efetiva, olho no olho, chamar o usuário pelo nome, apresentá-lo a quem vai dividir o espaço com ele, apresentar-lhe as dependências que o acomodará, explicar-lhe as rotinas, ouvir suas queixas com calma, esclarecer suas dúvidas com linguagem compreensível, preservar quando possível seus hábitos individuais, como horários de banhos e refeições, flexibilizar horários de visita, entre outros.

Giordani (2015) defende que a capacidade de envolvimento com a situação do outro depende do desenvolvimento pessoal e que, frente ao sofrimento e à dificuldade de lidar com o

outro, os profissionais de Saúde habitualmente se valem de mecanismos de defesa. O médico nem sempre consegue se envolver com o problema do usuário, pois se sente bloqueado pela exigência intensa da dimensão cognitiva e pela postura impessoal que deve manter diante do usuário. Esclarece que o modelo liberal-privatista atuante na Saúde Pública é o responsável pelo afastamento que reina na relação profissional-usuário.

Nesse contexto, Giordani (2015) menciona que diante das possibilidades de tratos inadequados, em contrapartida, há direitos assegurados e reconhecidos pela Constituição Federal, que estão sendo cobrados pelo povo brasileiro. Esses direitos mostram-se destacados em artigos científicos publicados dos anos de 1990 até os dias atuais, enfatizando a humanização como uma lógica diferente da presente na caridade, antes valorizada. Hoje, busca-se proporcionar condições para que o usuário do SUS seja participativo e partilhe das decisões por ser esse o caminho para colocar em prática o princípio da autonomia do sujeito e da coletividade. A conscientização e o desejo de participação podem vir também com a maior facilidade de acesso à informação e a educação. Porém, segundo Giordani (2015, p. 112), “a maioria dos cidadãos nem sempre se presta a essa função, restringindo-se a reclamar e se manter acomodados diante de situações que devem e podem ser mudadas em benefício do coletivo”. E segundo a mesma autora, essas pessoas que não são atendidas em suas demandas, muitas vezes de fundo emocional e estão apenas precisando ser atendidas e ouvidas adequadamente, continuam dia após dia enchendo os serviços de Saúde, na busca insistente de alguém que as acolha integralmente.

Para que a humanização se concretize é imprescindível pensar no coletivo. Essa atitude, ajuda a olhar para o outro sem menosprezar os interesses individuais, apenas deixa-lo em segundo plano, o que nos incentiva a procurar alternativas que possam ao menos diminuir os problemas crônicos na Saúde. Deve-se priorizar a qualidade de vida do povo, a recuperação e a manutenção do bem-estar das pessoas. “O egoísmo, a prepotência e a autossuficiência se antepõem ao exercício da humanização nessa área” (GIORDANI, 2015. p.117).

Vejamos, por fim, a questão da enfermagem no processo de cuidar.

3.2.5 A Enfermagem no processo de cuidar

Sobre a formação profissional do enfermeiro, Giordani (2015) esclarece que durante o curso, em geral, o aluno recebe um preparo fragmentado para o cuidado, com foco em conhecimentos científicos e habilidades técnicas. Diante disso, é comum a prática mecanizada e impessoal de enfermeiros, que delegam serviços para auxiliares e técnicos da equipe

executarem. Grande parte, nem sempre realizam procedimentos técnicos com os conhecimentos científicos que os fundamentam, em detrimento da qualidade do processo de cuidar personalizado, com responsabilidade e integral.

Sendo assim, a formação em enfermagem deve propiciar a construção de um pensamento crítico nos graduandos, ao confrontar as contradições e refletindo sobre caminhos para uma transformação social. Ou ainda, de modo mais amplo, a formação deve ser “um processo contínuo de reflexão que leve o futuro cuidador a criar e recriar a vida pessoal, profissional e política” (GIORDANI, 2015, p.135).

Outro fator mencionado por Giordani (2015) são os problemas do próprio meio acadêmico. Em grande parte das instituições de ensino superior no Brasil existe disputa de egos, desencontros e mal-entendidos, dentro e fora das salas de aula. Sendo assim, diretores e coordenadores deveriam promover diálogos construtivos com professores e alunos, buscando os interesses comuns e, especialmente, a construção de um ambiente de trabalho prazeroso e que favoreça as boas relações interpessoais. Para a autora, se houvesse tal diálogo, no cotidiano do meio acadêmico, conflitos não se tornariam grandes descontentamentos não resolvidos e os alunos seriam mobilizados para a mudança em prol da qualidade de vida da sociedade.

Um dos papéis da escola deveria ser exatamente este: o de orientar o estudante a pensar no coletivo, a refletir sobre o caráter humanitário do cuidado visando ao desenvolvimento de uma visão totalizadora do ser. Isso é possível trabalhando-se a humanização na Saúde como tema transversal que abrange todas as disciplinas, investindo-se mais nas percepções e sutilezas do trato com o ser humano do que nas habilidades do fazer técnico-científico. Vale resgatar que na saúde a vida humana é o bem maior (GIORDANI, 2015, p. 138).

Segundo a autora, por meio de esforço pessoal e contínuo, o aluno, envolvido com professores preocupados com a sua formação, poderia descobrir e desenvolver seu potencial transformador e criativo, preparando-se gradualmente para desempenhar bem seu papel a serviço da população. Sua maior missão, talvez seja esta, visto que lidará com a fascinação da vida e o silêncio aterrorizante da morte, problemas com os quais precisará saber lidar, pois ambos constantemente se cruzarão num mesmo espaço institucional.

Embora o diálogo construtivo e mediador de conflitos se mantenham distante das relações escolares, bem como das relações interpessoais na Saúde, segundo Giordani (2015), faz-se necessário saber por quê e como enriquecer as relações e torná-las mais humanizadas e menos superficiais, sobretudo entre enfermeiros. O porquê certamente encontre respostas num mundo de indivíduos e valores descartáveis, no consumismo e capitalismo que sobressaem, que provocam enorme distanciamento entre os que habitam o mundo real e o imaginário, entre a

teoria e a prática, entre ensinar e aprender, entre opressão e submissão, entre pagar e receber, entre ter e ser, e outras condições que têm indicado as relações humanas num mundo de interesse capitalista.

Giordani (2015) afirma que é lamentável que na escola, enquanto um ambiente propício a inúmeras descobertas, interações e situações capazes de modificar a forma de ver o ser humano através do aprimoramento intelectual e moral, não haja diálogos suficientes, bem como não haja estudos que permitam conhecer bem a doença e mal o doente. No meio acadêmico, o fato de não se ouvir o outro adequadamente alimenta a agressividade, favorece atitudes que indicam violência, descaso, falta de compromisso, dominação e brincadeiras que diversas vezes passam do limite e transformam-se em desrespeito. “Em consequência, esse mesmo quadro se verifica no interior de muitas instituições de Saúde do Brasil, em que o autoritarismo disfarçado viceja no pico da pirâmide organizacional” (GIORDANI, 2015, p. 139).

Segundo a autora, é importante destacar que a ganância de instituições de ensino e de prestadores de serviços por maior lucratividade têm levado a uma série de acontecimentos e exigências infames, a oposição entre pessoas de uma mesma categoria profissional que, para manter-se empregados, esquecem-se de colocar em prática princípios éticos importantes, apoiando, até mesmo, investimentos acanhados no capital humano, o qual, felizmente, permanece imprescindível em diversas áreas do mercado de trabalho

Por fim, Giordani (2015, p. 175) conclui que:

a humanização na Saúde se apresenta como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta todos os envolvidos, direta e indiretamente, os quais, quando mobilizados, podem transformar realidade e se modificarem em meia à construção de uma nova cultura que abrange todos os níveis de atendimento, (GIORDANI, 2015, p. 175).

Humanizar, para Giordani (2015), é, resumidamente, valorizar o ser humano, resgatar o respeito à vida frente ao crescente processo tecnológico da medicina e do desprezo dos aspectos objetivos e subjetivos que compõe o universo individual e social do ser humano assistido. Em síntese, valorizar mais o sujeito que precisa de cuidados e menos da doença.

3.2.6 Considerações sobre a humanização do cuidado e a nossa pesquisa

Observamos que a humanização é retomada na pós-modernidade, com o propósito de resgatar valores e atitudes humanas atenuados na sociedade capitalista. As relações foram fortemente abaladas com o desejo desenfreado de ter crescido ao modo narcisista de ser, criando condições que favoreceram a intolerância e a violência. Em resposta a essa situação, em meados do século XX, surgem os direitos humanos, bioética, cidadania e proteção

ambiental, práticas que vão sendo incorporadas no dia-a-dia e, na Saúde, vieram diversas iniciativas com o nome humanização.

O pensamento de Giordani amplia nossa visão sobre a humanização no campo da Saúde, pois mostra os inúmeros problemas existentes e aponta para mudanças de comportamentos que podem levar a humanização para os serviços de Saúde no nosso país.

Aqui, seguem apontamentos sobre o cuidado humano e a formação dos futuros enfermeiros. Primeiramente, ressaltamos a criatividade, a habilidade mental e a predisposição para inovar, apontada pela autora, que deve ser exercida tanto por administradores dos serviços, quanto pelos demais profissionais, incluindo os enfermeiros, para que ocorra a mudança nos comportamentos desumanos que permeiam o cuidado nas instituições de Saúde. Ampliamos esse olhar para a sala de aula, entendendo que durante a formação dos futuros profissionais esses aspectos devem permear as práticas educativas, para que posteriormente possam ser aplicados no cotidiano do trabalho.

Consideramos outro aspecto tratado por Giordani, o fato de que, para que ocorra a transformação dessas atitudes desumanas, durante o processo de modificação dessa prática, surgirão conflitos, comuns quando as pessoas se deparam com o novo, pois geram insegurança. Então, faz-se necessário que o processo educacional seja perseverante e bem fundamentado em seu propósito, além de contar com a participação ativa e permanente de todos que prestam e usufruem do serviço, afim de garantir a melhoria para a coletividade.

Outro apontamento que a autora faz e que concordamos é a necessidade de que os cursos de enfermagem reavaliem o processo de ensino e experimentem o potencial da interdisciplinaridade, tratando da humanização em várias disciplinas, sob diferentes perspectivas, em concordância inclusive com o Ministério da Saúde. Partilhamos com Giordani, a ideia da importância de se manter latente, no cotidiano do curso de enfermagem, o interesse pelo desenvolvimento de comportamentos humanizados, inclusive na disciplina Saúde da Mulher, valorizando a sensibilidade tanto nas relações entre professores e alunos como entre professores no âmbito do curso.

Seguem agora, na próxima seção, análises que podem desvelar como a humanização do cuidado se faz presente na formação de graduandos em enfermagem.

4 O CUIDADO HUMANIZADO NA PERSPECTIVA DE DOCENTES

Este capítulo apresenta análises das “falas” dos docentes entrevistados, com o objetivo de explicitar concepções sobre a humanização da saúde e do cuidado, bem como identificar como elas se manifestam no fazer em aula desses docentes. Em seguida, apresentamos os planos de ensino de docentes entrevistados, com uma primeira sistematização dos dados e depois análises e discussões.

4.1 Entrevistas: uma primeira sistematização dos dados

Para essa primeira sistematização, apresentada nos quadros numerados de 2 a 8, com os docentes designados com as letras maiúsculas: A, B, C, D, E, F e G, realizamos uma leitura atenta das respostas dos docentes, selecionamos aspectos relativos ao perfil – formação e tempo de experiência com “Saúde da Mulher”-; aspectos da prática docente, como o plano de ensino e o modo como a humanização se faz presente em ações desses docentes, segundo as suas explicações e, por fim, como abordam a humanização, quer seja com suas definições, explicando como os alunos os alunos recebem essas questões durante as suas aulas, bem como expressando a percepção dos enfermeiros em formação quanto às suas futuras práticas.

Quadro 2 - Docente A

Aspectos do perfil		Aspectos da prática do docente				Noções de humanização		
Formação	Experiência com “Saúde da Mulher”	Disciplina Ministrada	Planos de ensino	Atividades desenvolvidas com foco na humanização	Modo de operacionalização das noções de humanização	Definição	Reações dos alunos	Sobre a futura prática de enfermagem
Especialista em Enfermagem Obstétrica Mestre em Educação nas Profissões da Saúde	13 anos	Enfermagem na Saúde da Mulher	Não é elaborado pelo professor (tem liberdade para realizar mudança com a autorização do coordenador)	Não há desenvolvimento de atividades específicas com foco na humanização	Permeiam o discurso do docente nas aulas	Humanização implica em ter empatia com o paciente, tratá-lo com respeito, com dignidade, com carinho, sempre tendo uma base técnica científica	Parte (que já atuam) é resistente porque sabe que não é praticada Parte fica encantada com a fala do docente, que demonstra amor e assim eles querem ouvir mais sobre o tema	Parte dos alunos acredita que pode praticar a enfermagem com humanização, mas sabe que encontrará empecilhos

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

Quadro 3 – Docente B

Aspectos do perfil		Aspectos da prática do docente				Noções de humanização			
Formação	Experiência com “Saúde da Mulher”	Disciplina Ministrada	Planos de ensino	Atividades desenvolvidas com foco na humanização	Modo de operacionalização das noções de humanização	Definição	Reações dos alunos	Sobre a futura prática de enfermagem	Exemplos de atitudes envolvidas na prática
Especialista em Enfermagem Obstétrica Mestre em Enfermagem	20 anos	Propedêutica e Processo de Cuidar da Saúde da Mulher	Não é elaborado pelo professor (durante o período de reformulação há possibilidades do docente participar da elaboração, mas nem sempre é acatada sua solicitação)	Não há desenvolvimento de atividades específicas com foco na humanização.	Prática no estágio; vídeos; discurso do docente nas aulas; discurso dos alunos nas aulas.	Humanização é permitir que a paciente compreenda seu corpo e tenha autonomia para escolher o que vai acontecer com ela.	Antes do contato com o tema nas aulas, eles não pensam sobre e acham que isso está muito distante deles.	Pensam que são extremamente humanizados.	Conversar com a paciente; permitir participação no cuidado; orientar a paciente previamente sobre os procedimentos; permitir autonomia quanto as decisões daquilo que se refere ao seu corpo; olhar integralmente para a paciente; cuidado baseado na ciência.

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

Quadro 4 - Docente C

Aspectos do perfil			Aspectos da prática do docente			Noções de humanização			
Formação	Experiência com “Saúde da Mulher”	Disciplina Ministrada	Planos de ensino	Atividades desenvolvidas com foco na humanização	Modo de operacionalização das noções de humanização	Definição	Reações dos alunos	Sobre a futura prática de enfermagem	Exemplos de atitudes envolvidas na prática
Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica Mestre e Doutora em Patologia Ambiental e Experimental	10 anos	?	O professor participa da elaboração do plano de ensino quando solicitado.	Não há desenvolvimento de atividades específicas com foco na humanização.	Permeiam o discurso do professor nas aulas; observação no estágio e na elaboração do TCC.	Humanização engloba tudo, o modo que você fala, o modo que você acolhe, as informações que você dá. Pensar na mulher de forma geral	Se sentem empolgados, interessados e envolvidos com o tema, a partir da fala do docente.	Acreditam que humanização seja acolher, orientar. Sabem o que é, mas não sentem ainda.	Forma de conversar, acolher, informar, sempre com sensibilidade. Não deixá-la sozinha.

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

Quadro 5 – Docente D

Aspectos do perfil		Aspectos da prática do docente				Noções de humanização			
Formação	Experiência com “Saúde da Mulher”	Disciplina Ministrada	Planos de ensino	Atividades desenvolvidas com foco na humanização	Modo de operacionalização das noções de humanização	Definição	Reações dos alunos	Sobre a futura prática de enfermagem	Exemplos de atitudes envolvidas na prática
Especialista em Urgência e Emergência Mestre em Educação	3 anos	Seminário Integrador da Saúde da Mulher	Não é elaborado pelo professor (tem liberdade para realizar mudança).	Não há desenvolvimento de atividades específicas com foco na humanização.	Permeiam o discurso do docente nas aulas.	Humanização é o olhar que o profissional tem perante o paciente. Olhar com empatia, olhar de amorosidade, olhar um pouco mais emancipado, saber ouvir, saber escutar.	Parte dos alunos já são da área e apesar de saberem o que é humanização, apresentam justificativas para não praticá-la (falta de tempo e demanda de trabalho). A técnica ainda acaba sendo muito mais importante, do que um atendimento humanizado.	Sabem que humanização é importante, mas prezam pelo cuidado pelo cuidado técnico, devido aos empecilhos (tempo e demanda).	Olhar integral a paciente; escuta qualificada; abertura ao diálogo; empatia.

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

Quadro 6 - Docente E

Aspectos do perfil			Aspectos da prática do docente			Noções de humanização			
Formação	Experiência com “Saúde da Mulher”	Disciplina Ministrada	Planos de ensino	Atividades desenvolvidas com foco na humanização	Modo de operacionalização das noções de humanização	Definição	Reações dos alunos	Sobre a futura prática de enfermagem	Exemplos de atitudes envolvidas na prática
Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica Doutora em Enfermagem	30 anos	Assistência de Enfermagem nas Fases do Ciclo Vital na Atenção Básica; Assistência de Enfermagem ao ser Humano Hospitalizado nas Fases do Ciclo Vita;	Não é elaborado pelo professor (tem liberdade para modificar). Aluno não pode se restringir as referências do plano de ensino. Também é responsável por buscar novas referências sobre a temática estudada.	Não há desenvolvimento de atividades específicas com foco na humanização.	Permeiam o cotidiano, através da fala dos docentes, da observação nos estágios; dala dos alunos e na elaboração de TCC.	Humanização é um termo polissêmico, existem muitos conceitos, muitas formas de pensar a humanização. Esta além de todo esse tratamento a um ser humano, tem que ser amparado numa capacitação, que deve ser pautada nas melhores evidencias científicas, porque senão se traduz como “tratamento educado, gentil”.	Gostam, vibram, se dedicam, estudam.	Todos se mostram favoráveis, mas nem todos compreendem o conceito integralmente. Falta ainda uma compreensão dessa abrangência da humanização, que passa pela capacitação profissional.	Tratar bem; chamar pelo nome; capacitação pautada nas melhores evidências científicas.

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

Quadro 7- Docente F

Aspectos do perfil			Aspectos da prática do docente			Noções de humanização			
Formação	Experiência com “Saúde da Mulher”	Disciplina Ministrada	Planos de ensino	Atividades desenvolvidas com foco na humanização	Modo de operacionalização das noções de humanização	Definição	Reações dos alunos	Sobre a futura prática de enfermagem	Exemplos de atitudes envolvidas na prática
Especialista em Enfermagem Obstétrica Mestre em Educação e Cultura. Doutoranda em Processos Tecnológicos e Ambientais.	20 anos	Estágio Supervisionado em Enfermagem na Saúde da Mulher	Não é elaborado pelo professor (tem liberdade para realizar mudança).	Não há desenvolvimento de atividades específicas com foco na humanização.	Permeiam o discurso do professor nas aulas, baseado na ciência.	Humanização é cuidar do outro de uma forma individual, atendendo todas as suas necessidades. É talvez se colocar no lugar do outro; saber quem é o outro, ouvir na integra. Olhar para o outro	A partir do momento que eles entendem, a reação é de encantamento. Isso se dá, após a abordagem do tema pelo professor. Os alunos passam a enxergar, modificam o pensamento.	Após compreensão da temática humanização, os alunos passam a ser mais humanos. Conseguem ir para a prática e enxergar o que está faltando assistência humanizada. Eles têm toda paciência com a paciente. Prestam uma assistência diferenciada.	Paciência com a paciente; agir com gentileza e interesse; oferecer ajuda para amenizar a dor via massagem e banho; estimular a paciente e família a participar do cuidado; ouvir a paciente. Incentivar a autonomia sobre aquilo que se refere ao seu corpo. Embasamento científico para pautar as ações

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

Quadro 8 - Docente G

Aspectos do perfil		Aspectos da prática do docente				Noções de humanização			
Formação	Experiência com “Saúde da Mulher”	Disciplina Ministrada	Planos de ensino	Atividades desenvolvidas com foco na humanização	Modo de operacionalização das noções de humanização	Definição	Reações dos alunos	Sobre a futura prática de enfermagem	Exemplos de atitudes envolvidas na prática
Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica Doutora em Saúde Coletiva e Mestre em Ciências da Saúde	9 anos	?	Definido pela instituição de ensino (mas o professor pode realizar mudança).	Cenário de simulação.	Permeiam o discurso do professor nas aulas. Relato de experiência dos alunos.	Humanização como um instrumento de trabalho do enfermeiro e ela acontece no contato, no diálogo, na comunicação e no cuidado, na relação interpessoal.	É um tema que gera muita discussão em sala de aula. Os alunos que já estão na área, justificam a falta de humanização pela rotina de trabalho	Os alunos se encantam e acreditam na humanização, apesar de colocarem empecilhos.	Comunicação efetiva. Cuidado empático

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

Em seguida, observando os aspectos destacados nos quadros, vamos retomar os dados em dois passos. No primeiro vamos observar os planos de ensino (que serão analisados), as diretrizes curriculares e as “falas” dos docentes relacionadas à relação entre esses dois documentos. No segundo momento, a partir dos autores sobre humanização e cuidado, vamos observar as “falas” dos docentes e assim apontar indícios relativos às suas crenças e como são manifestas em aulas, bem como se há indícios de que a formação do profissional de enfermagem, a partir dos planos de ensino e da prática docente, atende os aspectos postos nas diretrizes, balizando assim a sua efetividade nesses cursos envolvidos.

4.2 Entrevistas: análise e discussões

A seguir, apresentamos a análise das entrevistas realizadas com sete professores. Considerando-se que o objetivo geral da pesquisa é contribuir para a compreensão de como a questão da humanização está presente na formação do profissional de enfermagem, foram criadas as categorias e subcategorias, que serão apresentadas nas subseções:

4.2.1 Aspectos do perfil docente

- a) Formação
- b) Experiência com Saúde da Mulher

4.2.2 Aspectos da prática do docente

- a) Planos de ensino
- b) Atividades desenvolvidas com foco na humanização
- c) Modo de operacionalização das noções de humanização

4.2.3 Noções de humanização

- a) Definição
- b) Reações dos alunos
- c) Sobre a futura prática de enfermagem

A construção teve como ponto de referência os autores citados no referencial teórico e as informações contidas nas falas dos entrevistados que estavam diretamente relacionadas as categorias temáticas.

4.2.1 Aspectos do perfil docente

Nesta categoria, buscou-se identificar a qualificação e experiência profissional dos docentes que ministram a disciplina Saúde da mulher, nas Instituições de Ensino Superior de Sorocaba.

a) Sobre a formação profissional

Todos os docentes têm como formação primária a enfermagem e são do sexo feminino. Das sete docentes entrevistadas, apenas uma não é especialista em Enfermagem Obstétrica, mas teve vivência profissional com a Saúde da Mulher enquanto trabalhou como enfermeira em uma instituição hospitalar.

Todos são mestres e as áreas variam entre: educação, educação e cultura, educação nas profissões da saúde, em enfermagem, patologia ambiental e experimental, ciências da Saúde.

Três são doutoras, sendo as áreas: patologia ambiental e experimental, em enfermagem e saúde coletiva. Uma é doutoranda em processos tecnológicos e ambientais. Certificando que, a qualificação profissional para o exercício da docência no Ensino Superior é algo valorizado para todos os entrevistados.

No período em que as entrevistas foram realizadas, todos se dedicavam exclusivamente à docência, mas anteriormente desempenhavam a função de enfermeiras na assistência. As reações durante as entrevistas foram de amor e orgulho ao compartilhar suas vivências e trajetória, tanto enquanto enfermeiras assistenciais, como docentes.

b) Experiência com Saúde da Mulher

O tempo de experiência com a Saúde da Mulher, engloba o período em que atuaram como enfermeiras e também enquanto docente. Variou entre 3 e 30 anos. No geral, a qualificação profissional é voltada ao exercício da docência em enfermagem.

4.2.2 Aspecto da prática docente

Nesta categoria, buscou-se identificar aspectos da prática docente, como: elaboração do plano de ensino da disciplina que ministram e o modo como a humanização se faz presente em ações desses docentes, segundo as suas explicações.

a) Planos de ensino

Há docentes que participam da elaboração dos planos de ensino, o que podemos averiguar na fala do docente C, ao mencionar que as *“coordenadoras entraram em contato com os professores de saúde da mulher e perguntaram, o que você sugere? Então foi muito legal, foi algo muito em conjunto”*. A docente F explica que o *“plano de ensino é elaborado pelo professor da disciplina”*, que *“recebe a ementa e as referências”*.

A maior parte das professoras, 5 (cinco), declararam que não participam na elaboração dos planos, no entanto, algumas destacam certa abertura para adequar o documento caso sintam necessidade. A docente A explica que se o professor observa que há algo faltando ele pode comunicar ao coordenador. E ainda, nas palavras do docente B, *“não posso mexer no plano a qualquer momento, eu tenho que aproveitar o período de mudança”*. A docente D menciona que o professor recebe a ementa – dada pela instituição – e o professor *“tem autonomia para adequar o plano de ensino”*. O docente E explica que o professor tem liberdade para elaborar o plano de ensino, mas o curso já tem o projeto pedagógico dado pela instituição.

Outra docente mencionou que, além de sua liberdade para adequar o documento caso seja necessário, os alunos são instigados a buscar novas bibliografias além das que estabelecidas pelo plano de ensino, o que podemos constatar pelas palavras da docente E.

[...]o mais importante é que o aluno vai buscar o conhecimento...então isso é altamente estimulado, o aluno ao longo dos três anos, ele tem sempre alguns períodos que ele é capacitado a fazer a busca, nos periódicos...nós até damos a referência básica, recomendada, mas [...]ensinamos ele também a buscar e principalmente a reconhecer a qualidade daquela fonte.

A instituição na qual o docente citado atua, utiliza-se de metodologia ativa e os conteúdos são abordados por módulos, não por disciplinas, o que favorece o reconhecimento do potencial do aluno para ter uma visão mais crítica sobre os conteúdos que podem contribuir para a sua formação, ou a formação considera mais pertinente.

Entendemos como importante e necessária essa participação do aluno na escolha e busca de referências que serão utilizadas para a construção do saber, pois o incentiva a ser ativo em seu processo formativo, tendo o professor como guia para que atinja o conhecimento necessário para exercício da sua futura prática profissional. Essa ideia é reforçada por Lousada (2020), ao afirmar que quando na prática o professor estabelece desafios ele também faz com que o futuro profissional ultrapasse limites instituídos e experimente a liberdade de pensamento e, conseqüentemente, na sua futura prática poderá tomar decisões autênticas. Competência considerada fundamental, para o enfermeiro aplicar em seu cotidiano, seja com a equipe ou com os usuários e familiares.

Ainda sobre o plano de ensino da disciplina, no geral, os apontamentos sobre esse documento, foram referentes à inclusão de referências que as professoras consideravam pertinentes para a formação em enfermagem. Isto pode ser observado pelas palavras da docente D, que diz que busca “*também referências externas*” [...], “*artigos recentes*”; enquanto a docente E explica que há “*inclusão de novos livros, periódicos*” e, por fim, a docente G menciona que complementa a bibliografia, sugerindo referências em cada aula.

Para finalizar sobre o plano de ensino, o tempo de duração desse documento, variou entre seis meses e quatro anos, de acordo com o que é determinado pela IES.

b) Atividades desenvolvidas

Quanto às atividades desenvolvidas com foco na humanização do cuidado, todos os docentes relataram não ter uma atividade específica para tratar essa questão, mas mencionam que esse tema é abordado constantemente em suas aulas teóricas/práticas.

c) Modo de operacionalização das noções de humanização

A forma como os docentes trabalham a humanização com os alunos, no geral, permeiam seus discursos e são evidenciados principalmente através de relatos de suas vivências pessoais e profissionais. Vejamos como isto se dá por meio das palavras das docentes entrevistadas. A docente A diz que *“em toda aula a gente aborda um pouquinho sobre humanização. Inclusive colocando nossos exemplos do dia a dia”*, o que nos leva a pensar que se trata de protocolos mais pertinentes, mais adequados e que podem condizer que a cuidado mais humanizado, isto porque a docente ainda menciona *“Mostrando que é possível fazer certas coisas que vão trazer benefícios ao paciente, que são relacionados à humanização”*.

A docente B, por sua vez, explica que o aluno precisa entender a fisiologia da mulher, no entanto, ao realizar procedimentos que envolvem órgãos íntimos, antes é preciso olhar para a mulher que está diante dele. Ela menciona: *“eu friso muito com os alunos é que o corpo da mulher é dela! Não é de mais ninguém, então ela ter o direito de se manifestar do jeito que ela quiser... você tem que fazer uma consulta de enfermagem, olhar para essa mulher”*. Percebe-se a preocupação da docente para que os alunos entendem que o profissional está diante de um ser humano, com todas as suas especificidades. Sendo assim a sua prática não pode estar restrita somente a realização de um procedimento com perfeição. Neste sentido, a docente C também demonstra preocupação com conhecimentos relativos à mulher, pois declara: *“Então, em todas as minhas aulas eu trago humanização... explico por todas as alterações que essa mulher passa, em termos hormonais, fisiológicos. E respeitar cada passo. Então eu sempre comento muito sobre o entendimento da mulher”*. O mesmo se dá com a docente F que menciona: *“eu busco ensinar os meus alunos entender a mulher como a dona do seu próprio corpo, não ter aquelas técnicas... é olhar a mulher nas necessidades dela... eu tento mostrar para eles, na ciência, o que está correndo. Enfatiza ainda que tenta esclarecer para o alunos, “os prós e os contras das intervenções”, que são praticadas atualmente.*

Na fala da docente D, pode-se perceber que o tema talvez não seja desenvolvido a contento, ou parece ainda que não há um lugar específico para uma disciplina, pois menciona que *“acaba aproveitando momentos para falar um pouquinho aí sobre esse profissional enfermeiro mais humano, esse profissional enfermeiro mais empático, mais emancipado”*. Aqui a empatia agrega emancipação. Lembramos que o termo empatia traduz a capacidade psicológica de sentir o que sentiria outra pessoa, caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela, ou seja, envolve uma certa acolhida ao outro, e talvez, no caso, um maior cuidado para com o usuário. Já o termo emancipar implica libertação, alforria, ou seja, talvez a empatia possa

libertar o profissional de uma prática estabelecida previamente. Talvez o futuro profissional com isso possa balizar, no momento da sua ação, como proceder, sem se desviar de boas práticas. A docente D explica: *A questão do cuidado não está relacionada somente com [...] o cuidado a doença, mas sim também ao cuidado psicossocial, psicoemocional e tudo mais*”. Essa fala sinaliza para uma possível concepção de ser humano que vai ao encontro da perspectiva de Morin, tal como tratamos aqui, em seção anterior. Segundo este autor, a humanidade acopla três tríades: indivíduo/sociedade/espírito; cérebro/cultura/mente e razão/afetividade/pulsão, trindades essas que derivam da trindade indivíduo/espécie/sociedade. Sendo assim, os seres humanos estão na espécie e a mesma está neles; eles estão na sociedade, mas a sociedade também está neles, o que faz com que eles, desde o nascimento, estejam impregnados pela sua cultura. Esses aspectos coexistem no ser humano, logo, como enfatiza o mesmo autor, eles não desejam viver para a espécie e para a sociedade, mas sim viver plenamente as suas vidas, com felicidade, amor, bem-estar, ação, contemplação, conhecimentos, aventura. No momento da doença, o profissional de enfermagem, conforme menciona a docente, o profissional deve levar isto em conta, pois menciona aspectos psicossociais e psicoemocionais.

A docente E também menciona que o cuidado humanizado é abordado sempre. *“A todo momento, em todos os conteúdos, eles são abordados, desde o pré-natal... Eles são abordados integralmente o tempo todo”*. Ela destaca também que as alunas estão mais informadas em relação ao tema, pois menciona: *“Então hoje, com toda essa questão fundamental da mídia, das redes sociais, [...] as alunas que já vem muito direcionadas”*.

A docente G enfatiza a humanização da assistência e o quanto fala sobre isso. Nas suas palavras:

eu converso muito com eles sobre a comunicação em saúde, que é a comunicação que precisa ser efetiva e o cuidado precisa ser empático, então eu falo bastante dessa humanização da assistência....seja de climatério, seja de gestacional, primeira consulta de pré-natal...eu trago o processo de enfermagem no contexto, no tema de aula específico.

A dúvida que emerge da observação das falas é a de que a questão de “falar sobre” implica que a humanização do cuidado seja algo almejado, tanto em termos da futura prática em enfermagem como também algo que precisa ser realizado nas práticas educativas dos docentes. Tem-se a ideia de que há uma prática instituída na formação em enfermagem e que os docentes buscam brechas para falar de como elas devem ser praticadas. Mas vejamos quais são as concepções das docentes em relação à humanização do cuidado.

4.2.3 Noções de humanização

Nesta categoria buscamos compreender como os docentes abordam a humanização. Quer seja com suas definições, ou explicando como os alunos reagem quando essas questões são tratadas durante as suas aulas, bem como expressando a percepção dos enfermeiros em formação quanto às suas futuras práticas.

a) Definição

O significado de humanização para os docentes, no geral, está relacionado a um modo de tratar, entender e perceber o usuário como ser humano no contexto dos serviços de saúde, provavelmente pelo termo ser polissêmico e subjetivo. A doente B, ao se reportar aos cuidados para com a mulher, explica que ao olhar para a mulher “como um todo” [...] *“é permitir que essa mulher compreenda seu corpo, entender que ela escolhe o que vai acontecer com ela, não é você que escolhe o jeito dela viver”*.

A doente C, por sua vez, ao definir humanização, volta-se para a ideia de como o cuidado humanizado pode se expressar. Ela menciona que na humanização:

[...] entra o modo que você fala, o modo que você acolhe, as informações que você dá... orientá-la do processo que ela se encontra... você informar ela de todo esse processo que ela vai passar, você acolher da melhor maneira possível para nunca deixá-la sozinha, de você saber falar...você saber se comunicar.

A docente D valoriza a comunicação com o paciente por meio de gestos, o olhar e a escuta. Nas suas palavras: *“esse olhar com empatia, esse olhar de amorosidade pelo paciente, esse olhar um pouco mais emancipado, saber ouvir, saber escutar o paciente”*. Com a docente D encontramos novamente a questão da empática, uma vez que ela explica que *“a humanização é talvez [...] se colocar no lugar do outro... saber quem é o outro, ouvir esse outro na integra”*. Ela enfatiza que cada paciente deve ser tratado como um ser individual, diferenciado. Isto vai ao encontro do que preconiza Morin, que embora todo ser humano seja múltiplo, ele envolve múltiplas facetas, mas mesmo assim, é único.

A docente G explica que a humanização é como um instrumento de trabalho, que se dá *“no contato, no diálogo, na comunicação e no cuidado, então nessa relação interpessoal”*.

As falas dos docentes, em geral, vêm ao encontro ao pensamento de Morin, que ao tratar sobre a relação humana enfatiza que para conhecer o outro é preciso percebê-lo tanto objetivamente como subjetivamente. Observa-se nas falas a valorização da comunicação e da

relação interpessoal entre enfermeiro e usuário ao definir o termo humanização, o que corroborando com a ideia de Giordani, sobre a importância do profissional de Saúde, em geral, estabelecer vínculos subjetivos com o usuários, o que pode ocorrer com a acolhida, a cortesia e a escuta. O mesmo autor destaca a questão do toque, que é também uma forma de comunicação subjetiva. Nas palavras de Giordani (2015, p. 54):

Está provado que, quando o cliente é tocado de forma afetiva, além de ter seu ritmo cardíaco diminuído, ele mostra uma expressão facial positiva – e isso não apenas durante a realização de procedimentos. Assim, esse contato pode ser considerado um instrumento interativo eficaz nas relações interpessoais.

Verificamos que alguns docentes compreendem que o profissional humanizado é aquele que além de tratar bem o usuário, presta seu cuidado fundamentado em evidências científicas, proporcionando assim uma assistência de qualidade. A docente A menciona que *“a humanização é você ter empatia com o paciente, tratá-lo com respeito, com dignidade, com carinho, sempre tendo uma base técnica científica”*. A fala da docente E também destaca a importância do conhecimento científico, ao explicar que: *“não basta o profissional, o enfermeiro tratar bem a mulher, ter paciência, mas ele tem que ter conhecimento científico para isso”*.

Há docentes que entendem que a humanização no cuidado é algo nato do ser humano, independente da intervenção que ele passe no decorrer de sua formação acadêmica. Neste sentido, a docente A comenta que *“a humanização faz parte do profissional, independente, eu acredito nisso, independente se esse profissional teve uma boa base de humanização, foi bem orientado quanto a isso, eu acho que é da pessoa”*. A mesma concepção permeia a fala da docente C, que considera que a humanização do cuidado não é opção, pois é algo próprio do profissional, e explica que *“nem devia existir isso, porque a saúde da mulher automaticamente devia ser humanizada”*.

Vejamos a seguir, as reações dos alunos.

b) Reações dos alunos

Quando os docentes foram indagados, durante a entrevista, sobre a reação dos alunos quando se trata, nas aulas, da humanização do cuidado, as respostas foram diferentes.

Docentes relataram que houve resistência por parte dos alunos, excepcionalmente daqueles que já atuam como auxiliares ou técnicos de enfermagem, pois não presenciam um cuidado humanizado no seu cotidiano. A docente A afirma que *“eles acabam, talvez sejam esses*

que acabam desvalorizando essa questão da humanização”, porque declaram que isso não acontece no hospital em que trabalham, afirmam que não tiveram “uma boa experiência”. A doente D explica que os alunos trazem para as aulas as suas experiências e enfatiza que “eles já vêm com uma visão sobre essa emancipação e geralmente eles tentam dar uma justificativa, por que não existe a humanização na assistência...e o porquê eles não desenvolvem essas atividades mais humanas”. No mesmo sentido, a docente G explica que têm “muitos alunos que são técnicos e auxiliares de enfermagem e que dizem dessa dificuldade de um cuidado humano”.

Quanto ao motivo da resistência para desempenhar atitudes humanizadas por parte dos discentes que já atuam na área, suas queixas foram baseadas em excessivas demandas no local de trabalho. A docente D explica que os alunos *“acreditam que não tem tempo suficiente para poder desenvolver uma assistência de qualidade, porque tem vários pacientes no plantão, o plantão acaba sendo agitado, um plantão um pouco mais corrido”*.

Essas falas reforçam o problema discutido por Giordani, ao mencionar que, na pauta da humanização em saúde, a principal proposta da PNHAH é recuperar o respeito à vida humana sem deixar de lado fatores sociais, éticos, educacionais e psicológicos presentes na pessoa, tanto usuários quanto profissionais da área. A questão da sobrecarga de trabalho é um problema que pode contribuir para a dificuldade de um cuidado humanizado. Ainda sobre a questão das condições de trabalho do profissional, o docente G mencionou que *“é um tema que gera muita discussão...os alunos participam bastante...essas barreiras acabam sendo trabalhadas em sala de aula, trazida por eles em sala de aula”*.

Ao considerar as vivências do aluno, o professor contribui para o desenvolvimento de habilidades essenciais na formação do enfermeiro, assim como esclarece Makuch (2016), que descreve tal prática docente como liberal progressista ou renovada, a que propicia ao aluno a participação ativa em sua formação e transformação, considerando-se a realidade social analisada criticamente, por confrontar os aspectos teóricos com os práticos, na realidade social. É bom frisar, nessas discussões em aula, de um lado, que o Ministério da Saúde tem ciência de que a humanização do atendimento em Saúde, ainda é deficiente. De outro, como já mencionamos anteriormente, isto deve estar presente durante a formação educacional dos futuros profissionais da área, afinal é neste percurso que se deve chamar a atenção para valores e atitudes de respeito à vida humana necessários à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de humanização.

Outro fator que consideramos, foi a menção que, para esses alunos que apresentam mais resistência ao tratar sobre humanização, a execução de procedimentos técnicos acabam sendo

mais valorizadas que o cuidado humanizado. A docente E afirma que do *“ponto de vista deles [dos alunos], a técnica ainda acaba sendo muito mais importante do que a qualidade na assistência, do que um atendimento mais humanizado”*.

Tal relato confirma os achados da pesquisa de Corsino e Sei (2019), que apontaram que uma das dificuldades da estruturação curricular na graduação é o fato de que ela tem como foco a prática profissional. A incansável insistência nas técnicas e protocolos padronizados, induz a ideia da perfeição, como se a habilidade e desenvoltura desenvolvida para a execução de procedimentos fosse capaz de solucionar todos os problemas. Este pensamento afasta os futuros profissionais de sua humanidade.

No entanto, houve reações positivas por parte dos alunos, após a abordagem da temática humanização pelo docente. A docente A menciona que *“parte dos alunos fica encantada. E acho que inclusive trazer essas experiências e como a gente gosta tanto dessa área, quando a gente fala, a gente fala com amor, isso encanta eles, eles querem ouvir mais”*. O impacto que estas ideias provocam é reforçada quando a docente C afirma que *“muitos alunos querem fazer o TCC com o tema saúde da mulher”*; enquanto a docente E menciona que os alunos gostam do tema da humanização do cuidado e que os alunos gostam e se dedicam, pois *“a maioria dos TCCs são relacionados a essa temática de humanização do parto”*. A docente F enfatiza que percebe que os alunos modificam suas ideias quando, nas aulas *“fala de humanização e o que é a ciência [...] o olhar do aluno muda!”*

A forma como esses docentes tem expressado e tratado a humanização, demonstrando amor pelo que acreditam e fazem, reforçam a importância do trabalho desempenhado pelo professor no despertar dessa sensibilidade durante o processo de formação, mostrando-se como uma boa referência de humanidade a ser seguida. Isto acolhe as ideias de Morin, sobre a importância da abertura do espírito humano, que se mostra pelo questionamento, pela curiosidade, pela exploração, investigação, pela paixão de conhecer. Expressa-se pela emoção, pela estética, sensibilidade.

Vai também ao encontro das ideias mencionadas por Giordani sobre o fato de que a humanização envolve relações entre as pessoas, que devem se dar em meio à simpatia, ao benquerer e ao amor. Nessa linha de pensamento a relação entre professor e aluno é fundamental para que se desenvolva a humanização. Ainda sobre a reação dos alunos, as docentes E e F relataram experiências dos alunos durante o estágio. A docente E fala de uma experiência que envolvia uma mão que não queria amamentar, mas que mudou de opinião após a ação educativa. Já a docente F explica:

Eles passam a ser mais humanos, eles atendem a mulher de forma humanizada, eles conseguem ir para a prática e enxergar que está faltando assistência humanizada para aquelas pacientes. Eles têm toda paciência com essa paciente. Eles vão lá: Como é seu nome? Posso te ajudar? Vem aqui, deixa eu te fazer uma massagem, te colocar no chuveiro!, eles prestam uma assistência diferenciada.

As falas corroboram com Benedetto e Gallian (2018), ao afirmarem que, o bom exemplo dentro do processo formativo, na maior parte das vezes se dá pelos professores acompanham os alunos no decorrer de sua formação e acontece através da fala, da forma como abordam os conteúdos e principalmente no modo de agir com os pacientes. E ainda, destacam que, é natural no início de sua formação o aluno replicar aquilo que o professor faz, até que guiado pelo seu mestre, crie segurança e seu próprio jeito de fazer.

c) Sobre a futura prática de enfermagem

Quando os docentes foram questionados sobre o que os alunos pensam sobre humanização, eles responderam que há alunos que acreditam na prática do cuidado humanizado. A docente A menciona que *‘uma parte acredita que seja possível, quer praticar, quer sair da faculdade para fazer a diferença, para colocar em prática mesmo a humanização’*. *“Olha, eu acho que os alunos se encantam pela humanização, acho que os alunos acreditam na humanização”*, diz a docente G. Outros, segundo os docentes, colocam empecilhos por não vivenciarem o cuidado humanizado no seu cotidiano profissional. A docente A diz que *“boa parte ainda é bastante resistente por ter essa visão da realidade”*, enquanto a docente D explica que se *“colocar na balança uma técnica e a humanização, eles acabam prezando sim pela técnica”*.

As falas que sinalizam certa resistência ao cuidado humanizado, como enfatizaram as docentes, envolve alunos que já atuam nos serviços de saúde, que acompanham em seu cotidiano a prática em enfermagem. Aqui cabe salientar que, conforme menciona Giordani, é importante a mudança de comportamento desses profissionais que já estão no mercado, sem deixar de destacar o quanto as pessoas resistem às mudanças, no geral.

Neste sentido, deve-se destacar o papel da escola e do professor nesse processo. Os alunos devem ser instigados, pelos professores, a descobrir e desenvolver seu potencial transformador e criativo, preparando-se gradualmente para desempenhar bem seu papel a serviço da população. A escola, por sua vez, cabe orientar o aluno a pensar no coletivo, a refletir sobre o caráter humanitário do cuidado, que implica numa visão totalizadora do ser humano.

Há uma preocupação que foi colocada, o fato de conseguir ensinar o que é humanização, mas a dificuldade de fazer o aluno “sentir a humanização”. A docente C menciona que percebe *“que eles sabem o que é... De você acolher bem, você ter uma boa comunicação, você não abandoná-la [no caso, a mulher]... Então eles sabem o que é, mas eles não sabem sentir ainda... ou pelo menos eu não achei um jeito deles sentirem isso”*.

Compreendemos a dificuldade da docente, pois Morin menciona que a mente humana ainda é pouco conhecida e que embora haja muitos avanços científicos, ainda estamos longe de desvendá-la completamente. Mas, como um alento, podemos enfatizar que, conforme adverte Giordani, uma mudança que é aceita envolveu a participação da inteligência, da mente, da vontade e do coração. Assim, o fato de alguns alunos estarem dispostos a continuar investigando o tema, em trabalhos de conclusão de curso, sinalizam para o “sentir a humanização”.

A docente E, apesar de acreditar que os discentes são favoráveis ao cuidado humanizado, sente que a compreensão por parte dos alunos se limite a questões de comportamento diante dos usuários, esquecendo que a humanização também se refere às competências técnica e científica, para que as demandas daqueles que necessitarem de sua assistência, sejam atendidas de forma integral. Nas suas palavras: *“Todos têm assim, um repertório muito favorável. Mas nem todos compreendem o conceito integralmente. Mas falta ainda uma compreensão dessa abrangência da humanização, que passa pela capacitação profissional”*.

Essa fala corrobora com ideia discutidas por Giordani, a de que quando os pacientes são cuidados são postos em prática com competência e amabilidade, os pacientes se sentem acolhidos e passam a ter confiança no profissional. A docente B menciona que os alunos *“antes de ouvir, eles não pensam”*, o que quer dizem que antes de se tratar do tema, os alunos, em geral, nem pensavam sobre tal prática. Daí a importância de tratar sobre humanização durante a formação dos enfermeiros, para que os alunos adquiram consciência do impacto do cuidado humanizado e também da falta dele. Vale lembrar, conforme as reflexões de Giordani, que cuidar envolve reconhecer o outro, em todas as suas especificidades, bem como implica no respeito à vida.

Para finalizar, deixamos aqui a proposta do docente F, que compartilhou como sua prática educativa envolve a humanização.

Eu tenho trabalhado com os alunos muitos cenários de simulação e durante cenários de simulação, que os alunos vivem sozinhos, diante de pacientes, tendo que atendê-los, muitas das vezes eles percebem na pele o que é e quais são as barreiras e dificuldades encontradas em uma consulta de enfermagem e os alunos que estão assistindo aquele cenário conseguem identificar momentos interessantes que poderiam ser tratados de

formas diferentes [...] Sempre pensando na humanização da assistência. Então eu acho que uma metodologia interessante para trabalhar com a humanização é o cenário de simulação.

As simulações podem construir, sem dúvida, uma ambiência propícia para o desenvolvimento da criatividade, vista aqui como a capacidade de tomar decisões diante de um problema. Isto vai ao encontro do que Giordani afirma em suas reflexões sobre a arte de curar, do quanto ela demanda criatividade, como uma sensibilidade ou intuição para lidar com o novo, o contingente e o desconhecido.

Essa ambiência pode aproximar o aluno da realidade e contribuir para que ele desenvolva a capacidade de solucionar problemas de forma autônoma, se vier acompanhada de reflexões sobre a valorização das subjetividades do paciente, entre outros aspectos já mencionados. Consideramos que a prática mencionada pela docente pode contribuir para a construção de uma nova cultura de atendimento e assistência humanizada em Saúde.

4.3 Descrição e análise dos planos de ensino

4.3.1 Primeira sistematização dos dados dos planos de ensino

Para essa primeira sistematização, apresentada nos quadros numerados de 9 a 13, com os docentes designados com letras maiúsculas: A, D, E, F e G, que são as mesmas utilizadas para identificar os docentes no quadro anterior, Entre os 7 (sete) entrevistados, apenas 5 (cinco) forneceram os planos de ensino, por isso, os designados por B e C não aparecem nos quadros que seguem.

Ainda sobre a sistematização dos dados, realizamos uma leitura atenta e minuciosa dos planos de ensino. Seleccionamos 6 categorias: disciplina, objetivos, conteúdo programático, procedimentos metodológicos e referências, em busca de aspectos que apontem para a humanização do cuidado, bem como indícios de que a formação do enfermeiro, a partir dos planos de ensino e da prática docente, atende os aspectos postos nas diretrizes, balizando assim a efetividade nesses cursos envolvidos.

Quadro 9 – Plano de Ensino Professor A

Disciplina	Objetivos	Conteúdo Programático	Procedimentos Metodológicos	Referências
Enfermagem na Saúde da Mulher Teoria e Prática	Desenvolver no acadêmico competências gerais ou de fundamento de área, com foco nas habilidades necessárias para a atuação profissional Compreender os ciclos da vida da mulher. Afim de desenvolver ações que garantam uma assistência integral, individual e humanizada	Patologias ginecológicas e obstétricas; Políticas Públicas da Saúde da Mulher; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Consulta de enfermagem em todos os ciclos da vida da mulher; Assistência no Pré-parto e Parto e Puerpério; Aleitamento materno; Cuidados em Saúde: Humanização do cuidado;	Aula expositiva dialogada Artigos Júri simulado Seminários Estudo de caso Aula prática em laboratório	De 7 referências 2 tratam de humanização

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

Quadro 10 – Plano de Ensino Professor D

Disciplina	Objetivos	Conteúdo Programático	Procedimentos Metodológicos	Referências
Seminário Integrador da Saúde da Mulher	Desenvolver competências gerais ou de fundamento de área, cujo alcance abrangerá o conhecer e se evidenciará no fazer do discente/egresso, renunciando a qualidade da sua atuação como profissional. Conhecer e contextualizar à mulher na contemporaneidade, a partir da integração de diversas áreas do conhecimento, desenvolvendo o sentido ético, da cidadania e da qualidade de vida relativos às áreas de atuação profissional.	Imagem corporal e mulher Violência à mulher Mulher no mercado de trabalho Relações de gênero A mulher e os direitos humanos Direitos sexuais Morbidade e Mortalidade Materna	Aula expositiva dialogada Estudo de caso Estudo em grupo Seminário Artigo Debate Banner Música	De 8 referências 3 tratam de humanização

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

Quadro 11 – Plano de Ensino Professor E

Disciplina	Objetivos	Conteúdo Programático	Procedimentos Metodológicos	Referências
Assistência de Enfermagem nas Fases do Ciclo Vital na Atenção Básica: Criança, Adolescente e Mulher Assistência de Enfermagem ao ser Humano Hospitalizado nas Fases do Ciclo Vita	Implementar ações sistematizadas de enfermagem baseadas no perfil epidemiológico da população assistida, no âmbito da Atenção Primária e Hospitalar, orientadas para a promoção e recuperação da saúde bem como à prevenção de doenças da mulher em todos os ciclos da vida. Considerando o princípio de responsabilidade compartilhada com a família e comunidade, visando à qualidade e humanização do atendimento.	Anatomia e Fisiologia do Sistema Genital Feminino; Políticas públicas e sociais de atenção integral à mulher em todas as fases da vida Infecções Sexualmente Transmissíveis; Consulta e assistência de enfermagem na saúde da mulher em todos ciclos da vida; Patologias associadas à saúde da mulher; Puerpério Amamentação Espiritualidade e Saúde	Metodologia ativa que permite aplicar os 4 Pilares da Educação: Aprender a Aprender, Aprender a Fazer, Aprender a Conviver e Aprender a Ser. Serão utilizadas: visitas técnicas, pesquisa individual, em grupo, elaboração e apresentação de POPs em Laboratório de Simulação de Procedimentos e vivência em campo de situações reais, na área Hospitalar/Ambulatorial	De 9 referencias 3 tratam de humanização

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

Quadro 12 – Plano de Ensino Professor F

Disciplina	Objetivos	Conteúdo Programático	Procedimentos Metodológicos	Referências
Estágio Supervisionado em Enfermagem na Saúde da Mulher I e II	Assistência de enfermagem à saúde da mulher, incluindo aspectos clínicos e cirúrgicos, ginecológicos e obstétricos de baixa e média complexidades e o processo de enfermagem	Consulta e assistência de enfermagem no atendimento à saúde da mulher, a partir do perfil populacional, englobando todos os ciclos da vida, por meio de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação; Patologias ginecológicas e obstétricas; Infecção Sexualmente Transmissíveis; Desenvolvimento psicoemocional da mulher; Amamentação; Aspectos gerais da humanização da assistência à parturiente e familiares;	Metodologias ativas: aulas expositivas dialogadas; Apresentação e discussão de filmes e casos; Demonstração de procedimentos de prática em laboratório e aprendizagem baseada em equipes; Atendimento supervisionado à mulher no contexto hospitalar; Estudo individual e em grupo; Fichamento de textos; Investigação de problemas por meio de pesquisa bibliográfica; Sínteses preparatórias ou de elaboração posterior à aula; Seminários e estudo clínico;	De 9 referências 5 tratam de humanização

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

Quadro 13 – Plano de Ensino Professor G

Disciplina	Objetivos	Conteúdo Programático	Procedimentos Metodológicos	Referências
Propedêutica e Processo de Cuidar da Saúde da Mulher	Conhecer as características e as necessidades da mulher, da gestante, da puérpera no processo saúde-doença. Estimular o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo. Analisar situações clínicas que demandem uma tomada de decisão nos diferentes contextos da assistência de Enfermagem na saúde da mulher.	Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino. Consulta e assistência de enfermagem em todos os ciclos da vida da mulher; Amamentação; Agravos e patologias ginecológicas e obstétricas;	Metodologia ativa de ensino. O desenvolvimento dos conceitos e conteúdos ocorre com apoio de bibliografia, propostas de leituras, exercícios, textos complementares e sugestão de literatura e filmes, quando possível. Discussões pautadas em: artigos científicos; trabalhos individuais ou em grupo; Palestras;	De 11 referências 5 tratam de humanização

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

4. 3.2 Análise e discussão dos planos de ensino

A análise documental, segundo Ludke e Dalmazo (1986), constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. Na nossa pesquisa, utilizamos dessa técnica para complementar informações obtidas na entrevista com os docentes, como também desvelar aspectos novos sobre a temática humanização. Permitindo uma aproximação ao modo como vem se configurando o cuidado humanizado na formação dos futuros enfermeiros.

A seguir, apresentamos algumas ideias que emergiram da análise dos planos de ensino dos docentes participantes. A partir da leitura minuciosa do documento, como consta nos quadros apresentados no item anterior desta seção, foram criadas subcategorias, que nos ajudaram a identificar aspectos sobre a humanização. Sendo elas: a) Disciplina; b) Objetivos; c) Conteúdo programático; d) Procedimentos metodológicos e e) Referências. A análise teve como ponto de referência as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN's), como também, os autores citados no referencial teórico.

a) Disciplina

Todos os planos de ensino são de disciplina que envolve a saúde da mulher. As denominações e as metodologias de ensino variam de acordo com as Instituições de Ensino Superior, como veremos a seguir.

Há IES que faz a divisão da disciplina por atenção básica e hospitalar. A primeira, se refere a questões que envolvem políticas públicas voltadas à mulher, que tem como principal finalidade garantir a proximidade com a comunidade, e assim, atuar na prevenção de agravos de saúde em âmbito individual e coletivo. Já a segunda, também abrange políticas públicas, porém voltadas ao cuidado hospitalar, ou seja, quando a doença já existe e precisa de uma intervenção maior, na qual a atenção básica não consegue suprir. Em outra instituição se faz a divisão da disciplina entre: saúde da mulher, a qual trata da assistência de enfermagem aos problemas mais comuns que envolvem o gênero feminino, em todas as fases da vida e seminário integrador de saúde da mulher, a qual aborda temas mais contemporâneos sobre a mulher, integrando e ampliando o cuidado.

Em todas as IES, os alunos conciliam teoria com prática em laboratório. Sobre o estágio supervisionado na área da mulher: algumas instituições oferecem simultaneamente a teoria/prática em campo, isto é, um período o aluno está na instituição de ensino, e em outro,

ele vai para o estágio com o professor. Há também aquelas que ofertam o estágio apenas no último ano da graduação, após o aluno concluir todas as disciplinas teóricas e também as práticas em laboratório. Os campos de estágio supervisionado ofertados pelas IES, variaram entre: Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais, ou seja, os alunos têm a oportunidade de desenvolver competências e habilidades em todos os âmbitos que futuramente poderão atuar enquanto profissionais. Assim como determina as DCN's: "os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo" (BRASIL, 2001).

b) Objetivos

Os objetivos da disciplina são, de modo geral, preparar os futuros enfermeiros de acordo com as características epidemiológicas da população, desenvolver competências e habilidades para o exercício da profissão por meio da compreensão da saúde da mulher e seus agravos, em todos os ciclos da vida, tanto no âmbito da atenção básica, como na hospitalar. Isso vai ao encontro do que propõe as DCN's: "atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas... no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações" (BRASIL, 2001).

Alguns planos, deixam de forma explícita, a preocupação em promover a formação de enfermeiros que pautem seus cuidados na humanização. Como menciona o plano do docente A: "Afim de desenvolver ações que garantam uma assistência integral, individual e humanizada". No plano da docente E consta: "Considerando o princípio de responsabilidade compartilhada ...visando à qualidade e humanização do atendimento".

Há ainda, aquele que valoriza temas mais contemporâneos, como compreender a história da mulher na sociedade para contextualizá-la ao hoje, os principais problemas que acometem à mulher atualmente, como violências de diversos tipos. Não deixando de lado questões que também envolvem humanização, como o desenvolvimento da ética e da cidadania. Assim como consta o plano do docente D: "Conhecer e contextualizar à mulher na contemporaneidade, a partir da integração de diversas áreas do conhecimento, desenvolvendo o sentido ético, da cidadania e da qualidade de vida relativos às áreas de atuação profissional".

Essas citações confirmam o que defende Cardoso (2016), em sua pesquisa, quando ele afirma que o desafio mais importante das universidades na contemporaneidade é a formação humanista, pois impulsiona a afirmação do indivíduo no mundo ciente do seu papel no processo

de desenvolvimento da sociedade, que deve ser pautada na ética, no saber conviver, na responsabilidade social, além de garantir uma visão mais fiel na promoção de humanização da sociedade que sofre grandes impactos no decorrer dos tempos. Isto corrobora também na atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, ao tratar sobre o que espera do perfil dos futuros profissionais: “Enfermeiro[...]Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2001, p.1).

Ressaltamos que o foco do nosso trabalho não é defender e nem avaliar um tipo de formação específica, mas ao pesquisar sobre humanização do cuidado, muitos estudos apontam a formação humanista como caminho para a cultura da humanização do cuidado, assim como vimos no estado da questão.

Ainda, em outro plano, nos objetivos consta a valorização de uma formação que favoreça a promoção da ciência e do pensamento crítico para o exercício da profissão. Como explicita o plano do docente G “Estimular o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo”. Assim como determina as DCN’s: “Enfermeiro, com formação...crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual (BRASIL, 2001).

c) Conteúdo programático

Nesta subcategoria, analisamos os temas a serem abordados na disciplina, em busca de indícios sobre a humanização do cuidado.

O conteúdo a ser trabalhado é bem amplo e, de modo geral, envolve o reconhecimento do sistema reprodutor feminino; os agravos mais comuns que acometem a saúde da mulher em todos os ciclos da vida, com ênfase no período gestacional e pós gestacional; assim como a assistência de enfermagem para cada uma dessas fases; políticas públicas que contemplam a saúde da mulher em todos os níveis de atenção; infecções sexualmente transmissíveis;

Há documento que trata apenas de conteúdos mais contemporâneos sobre a mulher, como imagem corporal e mulher; violência à mulher; mulher no mercado de trabalho; relações de gênero; a mulher e os direitos humanos; direitos sexuais; morbidade e mortalidade materna, demonstrando uma abordagem mais contextualizada às demandas sociais emergentes da população. Isso vai ao encontro do que preconiza Makuch (2016), que a formação dos profissionais da Saúde deve acompanhar as demandas e as necessidades de saúde da

comunidade, bem como interagir criticamente com os modelos assistenciais encontrados nos serviços disponíveis.

Outro plano inclui, em seu conteúdo, a espiritualidade como tema a ser discutido. Como aponta o plano do docente E “[...]Espiritualidade e Saúde[...]”, o que corrobora com as ideias de Giordani que defende o uso da espiritualidade para auxiliar na prestação de cuidados, pautado em Waldow (2001), que enfatiza que cabe ao profissional de Saúde compreender e lidar melhor com os estranhos caminhos da alma do usuário tornando-se mais emotivo aos sutis significados de seus sinais.

Morin, (2012) também menciona a espiritualidade como algo importante para a humanidade. Segundo o autor, a vidência, a magia, a adivinhação, a astrologia, o cristianismo são como antídotos contra o incerto. Ambos trazem respostas às indagações angustiadas que se elevam de toda parte e dão segurança aos corações aflitos.

De certo modo, como enfatiza o autor, é preciso mascarar e às vezes até eliminar a crueldade do real, o que se consegue com relacionamentos pautados na confiança, na segurança, na alegria e na felicidade.

Observou-se também, um documento que inclui a humanização nos temas a serem discutidos no decorrer da disciplina, no entanto, limitado ao período gestacional. Assim como menciona o plano do docente F “Aspectos gerais da humanização da assistência à parturiente e familiares”

O fato de limitar à humanização ao período gestacional, se justifica, já que o termo humanização, segundo Rios (2016), emergiu da mobilização do movimento feminista ao reivindicar assistência humanizada durante o parto e nascimento. Então, ainda nos dias de hoje, ao falar sobre humanização na saúde da mulher, muitos, imediatamente se remetem ao parto, mesmo que posteriormente as feministas tenham expandido suas reivindicações de atendimento humanizado para todas as fases do ciclo da vida e esse movimento tenha feito barulho suficiente, até finalmente as políticas públicas abrangerem a saúde integral do público feminino.

Há ainda um plano que menciona no conteúdo programático a humanização do cuidado, independente da fase do ciclo da vida da mulher, ou seja, o cuidado humanizado integral. Consta no plano do docente A: “Cuidados em Saúde: Humanização do cuidado”, como é determinado nas DCN’s: “Enfermeiro...capacitado a atuar como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2001, p.1).

Verificamos que, apesar da humanização aparecer em alguns planos de ensino, ainda há predominância de conteúdo voltado para aspectos que envolvem o cuidado centrado na doença.

“...Patologias ginecológicas e obstétricas...” (plano docente A).

“...Morbidade e Mortalidade Materna...” (plano docente D).

“...Patologias associadas à saúde da mulher....” (plano docente E).

“...Infecções Sexualmente Transmissíveis...” (plano docente F).

“...Agravos e patologias ginecológicas e obstétricas...” (plano docente G).

Na contramão do que Giordani (2015) defende, quando ele menciona que a assistência fragmentada é comum no nosso país, na qual o acadêmico é preparado para focar na patologia e ter comportamento extremamente técnico, como “possuidor do saber”. Essa postura sustenta o erro de que a doença deve ser entendida como um fenômeno isolado, sem relação com o mundo interior e exterior do ser humano.

d) Procedimentos Metodológicos

Sobre os procedimentos utilizados pelos docentes para abordar os conteúdos estabelecidos nos planos de ensino, verificamos que são bastante diversificados.

Nota-se que, por mais que exista diferença entre as formas de trabalhar os temas, em todos os planos, há grande variedade quanto à abordagem, o que demonstra criatividade do docente e preocupação em desenvolver o conteúdo de formas diferenciadas, considerando que cada ser humano tem suas especificidades também quanto ao modo de aprender. Entre os procedimentos metodológicos, no geral, observamos o incentivo à leitura com a presença de artigos científicos, investigação de problemas por meio de pesquisa bibliográfica, sugestão de livros e textos complementares.

Verificamos também ênfase em atividades que estimulam a escrita, como fichamento de textos, resolução de exercícios, elaboração de protocolos. Também atividades que trabalham a divulgação como palestras, seminários, debates. Há aquelas que atuam na relação interpessoal, como discussão de caso clínico, júri simulado, estudo em grupo. Há atividades que valorizam a criatividade e a comunicação ao envolver a elaboração de banner, composição de música, bem como ainda abordagens que favorecem a aprendizagem de habilidades técnicas e de liderança, com aulas dialogadas, prática e simulação de procedimentos em laboratório, prática em campo de estágio, visitas técnicas.

Todos procedimentos mencionados, estão em consonância com o que propõem as competências gerais das DCN's.

Devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada...A comunicação envolve habilidades de escrita e leitura...Liderança no trabalho em equipe multiprofissional...habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001, p. 1).

A forma como os assuntos são abordados, a partir do que descrevem os planos de ensinos, ressaltam a criatividade, a habilidade mental e a predisposição para inovar, como defende Giordani (2015), devem ser exercidas por todos os profissionais dos serviços de saúde, inclusive enfermeiros, para que ocorra a mudança nos comportamentos desumanos que permeiam o cuidado nas instituições de Saúde.

e) Referências

Nesta categoria, buscamos identificar se, entre as referências citadas nos planos de ensino, existem as que tratam da humanização do cuidado. Para isso, utilizamos da experiência da pesquisadora com a área investigada, além da leitura da sinopse, bem como o sumário das obras.

No geral, a quantidade de referências citadas variaram entre sete e onze. Em todos os planos de ensino, há presença de bibliografias em comum e elas tratam da fisiologia e anatomia do sistema reprodutor feminino, com ênfase no período gravídico e pós-gravídico; políticas públicas sobre a mulher em todas as fases do ciclo da vida, bem como a assistência de enfermagem para esse público; principais patologias e agravos que acometem a mulher; procedimentos técnicos de enfermagem voltados a exames ginecológicos e obstétricos.

Observamos também, mesmo que em menor proporção, aqueles que em sua composição, abordam temas mais contemporâneos sobre a mulher, sendo eles direitos humanos, ética, bioética, reprodução assistida e infertilidade, violência contra a mulher e sexualidade, o que traduz a preocupação em adequar as demandas sociais atuais do público feminino à formação dos futuros enfermeiros.

Referente a humanização do cuidado, o tema aparece em todos os planos disponibilizados, principalmente nas referências que tratam de políticas públicas instituídas pelo Ministério da Saúde, como manuais, que abordam insistentemente a temática, afim de proporcionar um cuidado que venha ao encontro às demandas sociais, assim como determina as DCN's.

A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Esta formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência

Ainda observamos que, apesar dos estudos apontarem para a necessidade de uma formação em enfermagem que não mantenha o foco exclusivamente nas doenças e no

tecnicismo, mas amplie a abordagem para questões mais humanas, a maior parte das referências bibliográficas tem como tema central patologias, técnicas e procedimentos de enfermagem.

Notamos ainda, ao realizar a leitura das sinopses, alguns aspectos sobre as obras que consideramos destacar, como a menção de uma abordagem do cuidado pautado nas melhores referências; obras que propõem impulsionar o aprendizado, atualização de conteúdos; ainda aquelas que oferecem exercícios de raciocínio crítico e atividades de estudo. Propostas bastante pertinentes, que proporcionam aos alunos, em conjunto ao trabalho do professor, desenvolver habilidades e competências fundamentais para o exercício da profissão.

As referências completas dos planos de ensino, de cada docente, estão disponibilizadas nos anexos numerados de 1 a 5.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que objetivo geral anunciado - conhecer como se dá a humanização do cuidado durante a formação nos cursos de graduação em enfermagem – foi alcançado, bem como os objetivos específicos, a partir do referencial teórico e de práticas dos docentes em disciplinas que tratam da saúde da mulher, em cursos de formação do enfermeiro. Sendo assim, mostramos como se dá tal processo, o que traduz, em certa medida, uma possível resposta à pergunta norteadora da pesquisa.

Os docentes que participaram da amostra desta pesquisa, considerando-se as suas práticas por meio de seus depoimentos e dos planos de ensino disponibilizados, apresentam um bom entendimento sobre humanização e cuidado humanizado, quando analisados a partir do referencial teórico que adotamos nesta pesquisa. Para eles, se faz necessário durante a formação dos enfermeiros, englobar os aspectos técnicos pautados nas melhores evidências científicas, bem como questões relacionadas ao comportamento, como empatia, ética, comunicação, diálogo e valorização do ser humano em sua totalidade. Todos estes aspectos se relacionam e são essenciais para o cuidado humanizado em Saúde.

No entanto, percebe-se que ainda existe antagonismo entre o docente mencionar que a humanização é abordada diariamente no cotidiano da sala de aula sendo que, os temas citados nos planos de ensino, predominantemente, tratam de doenças, técnicas e procedimentos. Esse fato reforça a priorização do saber técnico, exigindo uma reestruturação desse documento, que priorize também questões subjetivas tão importantes para a prestação do cuidado humanizado.

É notório, mesmo que lentamente e não de forma homogênea, uma mudança na formação dos enfermeiros ao longo da história naquilo que se refere à humanização. A temática, antes excluída dos currículos, vem ganhando espaço na disciplina saúde da mulher, nas Instituições de Ensino Superior de Sorocaba, atendendo assim, as exigências das DCN's, porém não de forma equalizada.

Ainda sobre a formação profissional dos futuros enfermeiros, entendemos ser necessário olhar para o aluno como um ser humano complexo e único, constituído pelas dimensões: físicas, biológicas, psicológicas, sociais, mitológicas, econômicas, sociológicas e históricas, assim como defende Morin. Nesse contexto, consideramos que a cultura e a afetividade são duas palavras que devem nortear a organização do processo de ensino/aprendizagem para que a humanização do cuidado seja valorizada durante o processo de formação.

Diferente do que se pensava no início da criação da enfermagem profissional, cuidar vai além da cura da doença. Cuidar é doação, é responsabilidade, é abdicação de convicções e

interesses próprios em prol do outro, é ter respeito, empatia, amorosidade, é enxergar o outro como ser único e doar-se integralmente em busca de caminhos que solucionem suas demandas, ou quando impossível, que amenize os danos acarretados por elas, levando em consideração todos os aspectos que o compõem e o fazem humano. Habilidades que não necessariamente são desenvolvidas a partir do ensino exclusivamente tecnicista.

Consideramos que a valorização das vivências do aluno no processo de ensino favorece o estabelecimento de vínculos com os conteúdos desenvolvidos nas aulas e contribui para a aprendizagem. Com isso o aluno é instigado a participar, revendo suas concepções sobre humanização e humanização do cuidado. A partir daí, quando no exercício da sua profissão, então poderá elaborar o plano de cuidado, com a participação do usuário, objetivando um cuidado integral e individual, como preconizam as políticas que defendem a humanização na Saúde.

Enfim, ao término desta pesquisa, o sentimento é de alívio, por constatar que outros docentes se inquietam com a questão da humanização do cuidado e se mobilizam para propagar o ensino do cuidado humanizado, mesmo enfrentando obstáculos, seguem perseverantes, assim como eu. Porém, ao mesmo tempo, como professora, sinto-me no dever de continuar pesquisando o tema e assim, seguir contribuindo para formar enfermeiros competentes, bem qualificados e mais humanos.

Os resultados apresentados permitem que docentes, coordenadores e diretores das IES possam refletir sobre as práticas que envolvam o cuidado humanizado e considerem que é possível iniciar uma nova etapa, onde se possa repensar nossas ações e que haja união de esforços em busca da formação integral e humanista do enfermeiro, acreditando no potencial humano desses futuros profissionais.

Para finalizar, ressaltamos que segundo Morin, o ser humano é definido com a presença da afetividade e em constante transformação, a qual nos apegamos, na esperança de que se temos a chance de caminhar para uma sociedade-mundo, onde o amor e a amizade serão emergências a serem fortalecidas; acreditamos que a sala de aula dos cursos de enfermagem, lugar de construção do saber, de troca de vivências com sujeitos diferentes e complexos, porém iguais em sua constituição, podem, mediante o diálogo, a valorização dos saberes, conduzidas pelo professor, modificar a hominização em humanização, em qualquer relação interpessoal, inclusive na que insistimos ser essencial, entre usuário e enfermeiro.

A educação não pode jamais despedir a humanidade do humano.

REFERÊNCIAS

ANAIS, Enfermagem de. **Editorial**. Rio de Janeiro: ABEn. v. 1, n. 1, p. 1, jan. 1948.

BAPTISTA, Suely de Souza; BARREIRA, Ieda de Alencar. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Revista Brasileira Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 59, n. spe, p. 411-416. 2006.

BARTMANN, Mercilda; RUTH, Túlio; KRAUSER, Lucia Toyoshima. **Administração na Saúde e na Enfermagem**. Rio de Janeiro: Senac. p.112. 2005.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Aparecida Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.5, n.3, p. 400-409. 2004.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**. v. 22, n. 67, p. 1-12, mai. 2018.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; SANTOS, Marcos Pereira; SILVA, Lília Bittencourt. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): Conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface: comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 18, n. 48, p. 177-186, out. 2014.

BITTES JUNIOR, Arthur. **Cuidando e des-cuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para paciente**. São Paulo: Fiuza. 2001.

BRASIL. **Decreto nº 791, de 27 de Setembro de 1890**. Sala das Sessões do Governo Provisório, 2º da Republica. Brasília. p. 2456. 1890.

BRASIL. **Decreto 94.406, de 28 de Junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Dispõe sobre o exercício da enfermagem e da outras providências. Brasília. 1987.

BRASIL. **Lei nº 4.024, de 20 de Dezembro de 1961**. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Presidência da República, p. 11429. 1961.

BRASIL. **Lei nº 5.540, de 28 de Novembro de 1968**. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, p.10369. 1968.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília. p. 9273. 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.394 de 20 de Dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. p. 6. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS.** Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais:** o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. p. 90. 2010.

BRASIL. **Parecer nº 271, de 27 de Outubro de 1962.** Aprova o currículo mínimo dos cursos de enfermagem. Brasília. 1962.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Portaria Nº 1.721,** de 15 de Dezembro de 1994. Dispõem sobre a duração do curso de enfermagem. Brasília. p. 19801. 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, seção 1, p. 37, nov. 2001 09 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Assistência Hospitalar.** Brasília. 2001.

CANTONE, Alaíde Degani de. **A síndrome de Burnout** – Parte III. Portal Redepsi. 2022.

CARDOSO, Daniela dos Santos. **Formação Humanista na Educação Superior:** o caso do Unila Sales Canoas. 101 p. 2016. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro Universitário La Salle. Canoas. 2016.

CARLOS, Djailson José Delgado; GERMANO, Raimunda Medeiros. Enfermagem: histórias e memórias da construção de uma profissão. **Revista Mineira de Enfermagem.**v.15, n.4, p.513-521. 2011.

CARDOSO, Maria Manuela Vila Nova; MIRANDA, Cristina Maria Loyola. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira Enfermagem.** Brasília, v. 52, n. 3, p. 339-348, jul/set. 1999.

CARVALHO, Anayde Corrêa de. **Associação Brasileira de Enfermagem: 1926/1976:** Documentário. **Revista Brasileira Enfermagem.** Brasília, v. 55, n. 3, p. 249-263, maio/jun. 2002.

CORSINO, Debora Lydines Martins; SEI, Maíra Bonafé A Humanização nas Grades Curriculares de Cursos da Saúde de Universidades Públicas Paranaenses. **Revista Psicologia e Saúde.** Londrina. v. 11, n. 1, p. 43-52, jan./abr. 2019.

CHAGAS, Carlos. **Adress by doctor Carlos Chagas.** Coleção Rockefeller. Rio de Janeiro, DAD/COC/Fiocruz, p. 10, 1925.

ESTEVEES, Larissa Sapucaia Ferreira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; BOHOMOL. Elena; NEVES, Vanessa Ribeiro. Trajetória Histórica do Estágio Curricular na Graduação em Enfermagem No Brasil: dilemas e tensões. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, v.23. n. 4, p.1-10. 2018.

GIORDANI, Annecy Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**. 2.ed. Rio de Janeiro: SENAC, 2015.

ITO, Elaine Emi; PERES, Aida Maris; TAKAHASHI, Regina Toshie; LEITE, Maria Madalena Januário. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, dez. 2006.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios - das coisas que se ensinam às enfermeiras**. 158p. 2003. Tese (Doutorado em educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

LACERDA, Aline Lopes de. Retratos do Brasil: uma coleção do Rockefeller Archive Center. **História Ciências Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 625-645, dez. 2002.

LIBANÊO, José Carlos. **Didática**. 1.ed. São Paulo: Cortez. 1990.

LOUSADA, Elisangela Viana. **Aproximações a uma Educação Integral do Ser Humano a partir de uma perspectiva Humanista**. 102 p. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Pará. Cametá. 2020.

LUCENA, Ive Cristina Duarte de; BARREIRA, Ieda de Alencar; BAPTISTA, Suely de Souza. Cinquentenário do “Manual de Técnica de Enfermagem” (1957-2007): contribuições na construção do saber de enfermagem. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-18, jan/mar. 2010.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Filosofia da Educação**. São Paulo.1992.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU. p.25-44. 1986.

MAKUCH, Débora Maria Vargas. **Tendências de mudanças na implementação de programas curriculares da graduação de Enfermagem em Curitiba e Região Metropolitana**. 293p. 2016. Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde), Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba.2016.

MANDU, Edir Nei Teixeira; ALMEIDA, Maria Cecília Puntef de. Necessidades em Saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 52, n. 1, p. 54-66, jan/mar. 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec. 2014.

MIRANDA, Andreia Valeria de Souza. **Processo de formação em enfermagem na perspectiva do paradigma do cuidado complexo em saúde**. 177p. 2019. Tese (Doutorado em Educação). Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis. 2019.

MIRANDA, Clélia Albino Simpson de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Reflexão holística: em foco a enfermagem. **Conceitos**. João Pessoa. v.4, n.6, p.114-117, jul/dez. 2001.

MONGIOVI, Vita Guimarães; ANJOS, Rita de Cássia Cordeiro Bastos Leite dos; SOARES, Suellem Beatriz Holanda; FALCÃO, Tânia Maria Lago. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 67, n. 2, p. 306-311, mar/abr. 2014.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O Método Fenomenológico da Pesquisa**. 1. ed. São Paulo: Cengage. 2002.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História Ciências Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 621-645, fev. 1999.

MORIN, Edgar; LE MOIGNE, Jean Louis. **A Inteligência da Complexidade**. 1.ed. Petrópolis. 2000.

MORIN, Edgar. **O Método 5: a humanidade da humanidade a identidade humana**. Porto Alegre: Sulina. 2002.

NUSSBAUM, Martha. **Sem fins lucrativos: porque a democracia precisa das humanidades**. 1.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes. 2015.

OGUISSO, Taka; CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; MOREIRA, Almerinda. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 2, p. 68-72. 2011.

PINHEIRO, Maria Rosa Sousa. Aplicação do Novo Currículo Mínimo ao Curso de Graduação da escola de Enfermagem da USP. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 26, n. 4-5, p. 293-303. 1973.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 253-261. 2009.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **(Re)vendo a Questão da Origem da Enfermagem Profissional no Brasil: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a Saúde Pública**. 121p. 1995.Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade estadual de Campinas. Campinas. 1995.

ROCHA, Janimara. **A teoria das capacidades de Martha Nussbaum e o papel da formação humana na educação contemporânea**. 181p. 2019. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo. 2019.

RODENBUSCH, Camila de Barros. **Formação Integral nos Cursos da Área da Saúde: contribuição para humanização na educação superior.** 100p. 2019. Tese (Doutorado em Educação). Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2019.

RODRÍGUEZ, Margarida Victoria. O Guardador de Inutensílios. **Cadernos de Cultura.** Campo Grande. n. 7, p. 17-30, maio 2004.

SANTANA, Filipe Kamargo de. **O que pode uma educação sem uso? O pensamento Pós-Humanista e a profanação em Giorgio Agamben.** 128p. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2020.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Currículos de Enfermagem no Brasil e as Diretrizes – Novas perspectivas. **Revista Brasileira Enfermagem.** Brasília, v. 56, n. 4, p. 361-364, julh/ago. 2003.

SILVA, Ana Carolina de Moraes; SEI, Máira Bonafé. **A Humanização na Formação Acadêmica em Saúde: Perspectiva de Egressos de um Projeto de Extensão.** **Revista Psicologia e Saúde.** Campo Grande, v. 13, n. 3, p. 3-18, nov. 2021.

SOUZA, Diego de Oliveira; MAURÍCIO Jane Carla. Antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 27, n. 2, p. 495-505, abr/jun. 2018.

TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes. **Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de enfermagem.** Goiânia: AB. 2002.

WALDOW, Vera Regina. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. 1. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

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

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na Saúde.** Petrópolis: Vozes. 2004.

ANEXO A**Referências do Plano de Ensino do Docente A**

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; Tonini Teresa. SUS e PSF para Enfermagem : práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul. Editora: Yendis. 2012.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Enfermagem obstétrica e ginecológica : guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo Roca. 2009.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella.; NARCHI, Nádia Zanon. Enfermagem e saúde da mulher. 2. ed.-. Barueri Manole.Valinhos. 2012.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia Fundamental. 13ª edição. Local: Grupo GEN. Rio de Janeiro. 2014.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; MIALHEE, Fábio Luiz. Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática. São Paulo: Gen. 2012.

NANDA, International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed. 2018.

POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermagem. 8 ed. Editora: Elsevier. Rio de Janeiro. 2013.

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

ANEXO B

Referências do Plano de Ensino do Docente D
RICCI, Susan Scott. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. 3ª ed. Local: Grupo GEN. Rio de Janeiro.2015
DIEHL, Alessandra; VIEIRA, Denise Leite. Sexualidade: Do Prazer ao Sofrer Local: Grupo GEN Rio de Janeiro. 2013.
FERNANDES, Rosa Aurea Quintella.; NARCHI, Nádia Zanon. Enfermagem e saúde da mulher. 2. ed. Barueri Manole.Valinhos. 2012.
GONÇALVES, Tamara Amoroso. Direitos humanos das mulheres e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos. 1ª Edição. Local: Editora Saraiva. São Paulo. 2017
STEDILE, Nilva Lúcia Rech; CECCIM, Ricardo Burg. Ensino e atenção à saúde da mulher. 1.ed. Editora: Educs. 2007.
SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda . Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.
KAWAMOTO, Emilia Emi.; SANTOS, Maria Cristina Honório dos; MATTOS, Thalita Maia de. Enfermagem comunitária. Editora:EPU. São Paulo. 2009.
.MONDAINI, Marco. Direitos humanos. 2.ed.Editora: Contexto. São Paulo. 2009.

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

ANEXO C

Referências do Plano de Ensino do Docente E
LEIFER, Gloria. Enfermagem obstétrica. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013. ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia. 2. ed. Barueri: Manole. 2012. ARAÚJO, Luciane de Almeida; REIS, Adriana Teixeira. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012. NANDA, International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed. 2018. RICCI, Susan Scott. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. 3ª ed. Local: Grupo GEN. Rio de Janeiro .2015 FERNANDES, Rosa Aurea Quintella.; NARCHI, Nádia Zanon. Enfermagem e saúde da mulher. 2. ed. Barueri Manole.Valinhos. 2012. YAMAKAMI, Lucas Yugo Shiguehara ; DUARTE FILHO, Oscar Barbosa; ALVARENGA, Conrado; TOMIOKA, Renato Bussadori. Condutas práticas em infertilidade e reprodução assistida.1.ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2018. ALDEN, Deitra Leonard; CASHION, Kathryn Rhodes; LOWDERMILK, KITTY. Saúde da mulher e enfermagem obstétrica. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013. MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia Fundamental. 13ª edição. Local: Grupo GEN. Rio de Janeiro. 2013.

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

ANEXO D

Referências do Plano de Ensino do Docente F
BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Enfermagem obstétrica e ginecológica : guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo Roca. 2009.
RICCI, Susan Scott. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. 3ª ed. Local: Grupo GEN. Rio de Janeiro .2015.
PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Edições Loyola. 1991.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.4.ed. Brasília.2011.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar. Manual Técnico. Brasília. 2002.
BRASIL. Ministério Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília. 2001.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília. 2012.
GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec. 1999.
NEME. Obstetrícia básica. 3 ed. São Paulo: Sarvier. 2006.

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.

ANEXO E

Referências do Plano de Ensino do Docente G
MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia Fundamental. 13ª edição. Local: Grupo GEN. Rio de Janeiro. 2013. BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri: Manole. 2005. BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Enfermagem obstétrica e ginecológica : guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo Roca. 2009. NEME. Obstetrícia básica. 3 ed. São Paulo: Sarvier. 2006. FERNANDES, Rosa Aurea Quintella.; NARCHI, Nádia Zanon. Enfermagem e saúde da mulher. 2. ed. Barueri: Manole.Valinhos. 2012. CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. Amamentação: bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2014. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília. 2013. RICCI, Susan Scott. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. 3ª ed. Local: Grupo GEN. Rio de Janeiro.2015. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília. 2006.

Fonte: elaborado pela autora a partir do plano de ensino disponibilizado pelo docente.